

Memoria-Proyecto Unidad de Hospitalización “A” de Cirugía Ortopédica y Rehabilitación Neurológica



Autora:

LAURA GUALLART PÉREZ

Directora del Trabajo Fin de Máster:

JUANA HERMOSO DE MENDOZA CANTÓN.

Profesora asociada. Facultad de Ciencias de la Salud. UPNA

Pamplona, febrero 2016



Trabajo Fin de Máster.

Memoria-Proyecto Unidad de Hospitalización “A” de Cirugía Ortopédica y Rehabilitación Neurológica

Máster en gestión de cuidados de enfermería.

Universidad pública de Navarra

Febrero de 2016

Autora: Laura Guallart Pérez

Directora del trabajo fin de máster: Juana Hermoso de Mendoza Cantón.

A Martín, sin él nunca me hubiera embarcado en esta profesión tan bella.

*Gracias por estar siempre a mi lado en todo lo que comienzo y saber
sacarme una sonrisa hasta en los momentos más agotadores.*

A mis hijos, Iñigo y Lara, lo mejor de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

*A Xabier Antomás, compañero de trabajo y gran amigo,
sabes que este proyecto lleva mucho de ti. Gracias.*

*A mi directora, Juana, por su disposición, consejos y ayuda,
gracias por ser capaz de sacar lo mejor de mí misma, estoy
orgullosa de que hayas sido mi mentora en este camino.*

*A todos mis compañeros por vuestro ánimo, comprensión y
apoyo, por esa facilidad que tenéis de hasta los momentos
más duros hacerlos llevaderos.*

Dña. JUANA HERMOSO DE MENDOZA CANTÓN, Profesora Asociada del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra,

HACE CONSTAR que el proyecto de gestión que presenta Dña. Laura Guallart Pérez con el título **MEMORIA-PROYECTO DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN "A" DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA**, ha sido realizado bajo su dirección, reuniendo las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el tribunal constituido para la evaluación de los Trabajos Fin de Máster, del Máster Universitario en Gestión de Cuidados de Enfermería.

Pamplona, febrero 2016

Fdo.:

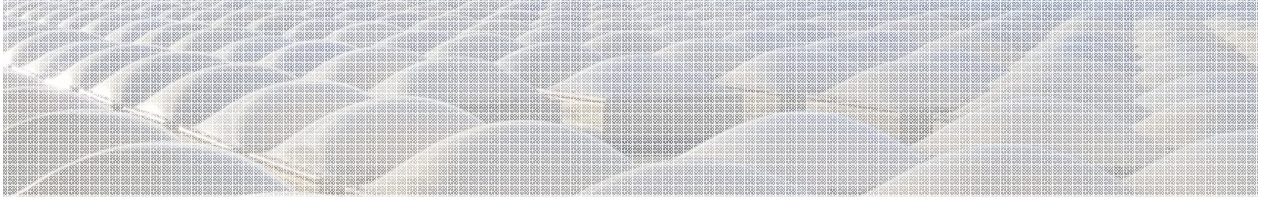


INDICE

1.- RESUMEN	4
2.- INTRODUCCIÓN. MOTIVACIÓN	7
3.- OBJETIVOS	10
4.- SISTEMA SANITARIO DE LA COMUNIDAD	12
4.1.- MARCO LEGISLATIVO	13
4.2.- ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD	14
5.- CONTEXTO ACTUAL	16
5.1.- HOSPITAL GENERAL	17
5.2.- CENTRO MONOGRAFICO DE COT Y REHABILITACIÓN	20
6.- DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN "A"	24
6.1.- MISIÓN, VISIÓN Y VALORES	25
6.2.- ESTRUCTURA FÍSICA Y ARQUITECTÓNICA	26
6.3.- RECURSOS HUMANOS	30
6.4.- RECURSOS MATERIALES	32
6.5.- ACTIVIDAD DE LA UNIDAD	34
6.6.- FORMACIÓN	46
6.7.- RESULTADOS	48
6.8.- CAMBIOS EN LA UNIDAD	58
7.- ANÁLISIS ESTRATÉGICO	66
7.1.- MATRIZ DAFO	67
7.2.- AREAS DE MEJORA	75
8.- PROPUESTAS DE MEJORA	80
8.1.- Revisar y proponer publicación en intranet del repositorio de protocolos de enfermería de la unidad.	81
8.2.- Diseñar un circuito de solicitud de material ortoprotésico (órtesis) con garantías de cumplimiento de entrega al paciente en el plazo previsto.	87
8.3.- Registrar y analizar los datos de ausencias y su cobertura por contratación, por servicio y sin cobertura.	91
8.4.- Realizar sesiones periódicas de la jefa de unidad de enfermería con jefes de sección de servicios médicos.	96
9.- BIBLIOGRAFIA	99
9.1.- BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA	100
9.2.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	103
10.- TABLAS Y FIGURAS	105
11.-ANEXOS	107

11.1.- ANEXO 1: MOTORES DE BÚSQUEDA	108
11.2.- ANEXO 2: ARTICULO CIENTIFICO	111
11.3.- ANEXO 3: PLANO DE LA UNIDAD	121
11.4.- ANEXO 4: SOLICITUD SERVICIO DE FARMACIA	123
11.5.- ANEXO 5: CHECK-LIST DE VERIFICACION SEGURIDAD QUIRÚRGICA	124
11.6.- ANEXO 6: OBJETIVOS DE LA UNIDAD 2014 Y 2015	125
11.7.- ANEXO 7: PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA (PTR)	127

1.- RESUMEN



Este Trabajo Fin de Máster (TFM) propone la elaboración de una memoria proyecto de la unidad de hospitalización A de un centro monográfico de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) integrado en un hospital general de nivel terciario.

Se trata de una memoria con carácter retrospectivo que abarca desde Enero de 2013 hasta Diciembre de 2015.

Una memoria la cual recoja un análisis de la situación junto con todos los aspectos de la nueva organización de la unidad y con propuestas de mejora futuras.

Se ha realizado un análisis externo del modelo organizativo del sistema sanitario regional, del hospital general, de su centro monográfico de COT y de la unidad la cual está integrada en el mismo.

El análisis interno ha supuesto una descripción pormenorizada de la unidad, tanto de espacio físico y recursos materiales como de recursos humanos y actividad asistencial junto con los cambios realizados en este periodo y las necesidades que se objetivan para los próximos años y que formarán el eje principal de la parte del proyecto de la presente memoria.

Tras ambos análisis se ha realizado una matriz DAFO, método de ordenación de la información en cuatro categorías básicas: Debilidad, Amenaza, Fortaleza y Oportunidad, a partir del cual se iniciará un proceso de identificación de propuestas de mejora de cara a plantear acciones que se deberían poner en marcha para aprovechar las oportunidades detectadas y permitieran prepararse contra las amenazas teniendo conciencia de las debilidades y fortalezas.

Las propuestas de mejora planteadas en la memoria proyecto son cuatro:

- 1.- Revisar y proponer publicación en intranet del repositorio de protocolos de enfermería de la unidad.
- 2.- Diseñar un circuito de solicitud de material ortoprotésico (órtesis) con garantías de cumplimiento de entrega al paciente en el plazo previsto.
- 3.- Registrar y analizar los datos de ausencias y su cobertura por contratación, por servicio y sin cobertura.
- 4.- Realizar sesiones periódicas de la jefa de unidad de enfermería con jefes de sección de servicios médicos.

Las palabras claves utilizadas han sido: memoria de gestión (memory corporative), enfermería gestión (nursing management), enfermería ortopédica (nursing orthopedic) y gestión del cuidado (care management).

This Master's Thesis (TFM) proposes the development of a memory project of the Hospitalization Unit A of an orthopedic surgery and traumatology (COT) monographic center integrated in a general tertiary-level hospital.

The memory has a retrospective character ranging from January 2013 to December 2015.

This memory provides an analysis of the situation, a description of all the aspects of the new organization of the unit and different improvement proposals for the future.

It has been done an external analysis of the organizational model of the regional health system, of the general hospital specifically from its monographic Center of COT and from its integrated unit.

Furthermore, it has been done an internal analysis which provides a detailed description of the unit, including physical space, material and human resources and assistance activity. Added to this there is a description of the changes made in this period and a resume of the futures necessities of the unit. These futures necessities will be the centerpiece of the memory.

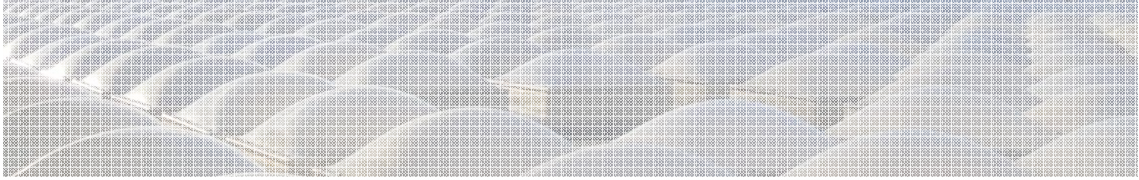
With the results of both analyses it has been prepared a SWOT matrix, a structured planning method used to evaluate the information in four basic categories: strengths, weaknesses, opportunities and threats. With the information obtained with this method; it will begin a process of identification of improvements proposals with the main objective to plan actions to take advantage of the opportunities detected and to prepare for the threats and being aware the strengths and the weaknesses.

There are four improvements proposals in the project which are the follows:

1. Review and publication on the intranet of the protocols nurse care repository of the unit.
2. Design of a circuit for orthopedic material requirement with guarantees of delivery to the patient on time.
3. Recording and analysis of data absenteeism, covered by hiring, by service and without cover.
4. Scheduling of periodic meetings with heads of section of medical services with the aim of defining concrete actions in the short-medium term.

The key words used have been: memory corporative, nursing management, nursing and orthopedic, and care management.

2.- INTRODUCCIÓN. MOTIVACIÓN



La enfermería como disciplina profesional surge como resultado de la evolución dentro de la sociedad del arte de cuidar.

La reforma universitaria de Bolonia puesta en marcha el año 2010-2011 en las universidades españolas ha supuesto el paso de la antigua diplomatura, de tres años de duración, al grado, de cuatro.

Las inquietudes de las enfermeras han pasado en las últimas décadas de tener como objetivo principal el ser buenas ayudantes de los facultativos, a ser una ciencia valorada como tal, con método científico y que no sólo abarca la función de atención asistencial al paciente sino otras, como investigación, gestión, docencia, educación...

Es por ello que ha necesitado elaborar su propio cuerpo de conocimientos científicos, los cuales le ayudarán a definir sus actividades, desarrollar investigación y perfeccionar la práctica mediante la evidencia científica y la experiencia.

Todos estos cambios suponen un gran avance en la profesión; enfermeras ya formadas tienen la oportunidad de realizar másteres en temas más especializados como en este caso de gestión.

En 2012 comencé los estudios de Máster de Gestión de Cuidados de Enfermería de la UPNA y en Noviembre de 2013 me incorporé al puesto de Jefa de Unidad de Enfermería (JUE) de una Unidad de Hospitalización de Cirugía Ortopédica y Traumatología y Rehabilitación Neurológica.

Para una JUE la realización de una memoria es una oportunidad de realizar un seguimiento pormenorizado y continuo de las diferentes actividades realizadas en una determinada unidad en un periodo de tiempo concreto ya que, referenciando a Ayuso: "Las unidades de hospitalización son verdaderas unidades logísticas, que integran la actividad de multitud de profesionales con un solo objetivo, el perfecto funcionamiento de la unidad de enfermería para que el paciente reciba la prestación sanitaria de forma integral." (1)

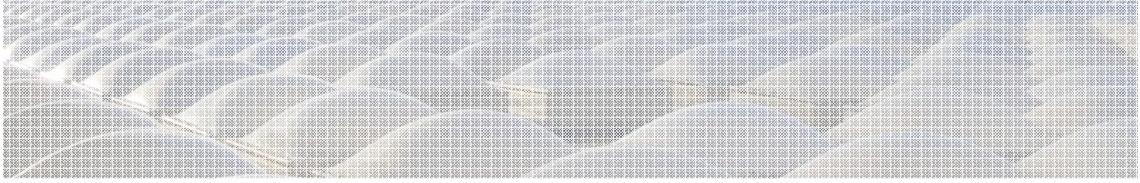
La memoria permite realizar un análisis de las actividades realizadas y de la situación actual, requisitos previos a la definición de procesos de mejora. Es un activo motivador de cara a nuevos proyectos.

Además permite construir sistemas adecuados de información y comunicar logros y retos, y es la manera de aunar en un documento los conocimientos adquiridos en el

Máster de Gestión de Cuidados y la experiencia como JUE.

Para su realización se han consultado diferentes bases de datos bibliográficas. Se han revisado un gran número de memorias hospitalarias tanto de unidades de hospitalización como de grandes centros hospitalarios y de organismos de la comunidad. La recolección de datos en el campo de trabajo y su posterior análisis ha sido exhaustiva y el seguimiento por parte de la directora del TFM continuo.

3.- OBJETIVOS



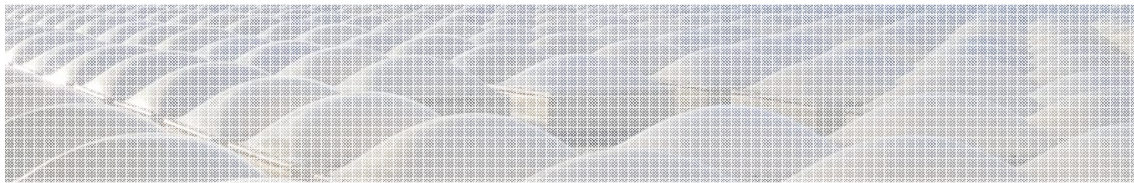
OBJETIVO GENERAL:

Elaborar una memoria proyecto de la unidad de hospitalización A de Cirugía Ortopédica y Rehabilitación que abarcará el periodo de Enero de 2013 a Diciembre de 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Describir la estructura de la unidad físicamente, recursos humanos y materiales.
- 2.- Analizar la actividad asistencial.
- 3.- Analizar los resultados con todos los logros conseguidos e innovaciones y mejoras introducidas, así como cumplimiento de objetivos.
- 4.- Realizar un análisis estratégico y trazar un plan a corto-medio plazo de propuestas de mejora.

4.- SISTEMA SANITARIO DE LA COMUNIDAD



El Hospital General al que pertenece la unidad de hospitalización A está situado en una comunidad autónoma que cuenta con una población de 640.150 habitantes a fecha de 1 de enero de 2015.

Cuenta con una superficie de 10.319 km² y está dividida en 272 municipios. Más de la mitad de la población vive entre la capital y el área metropolitana de la misma.

Dividida en tres áreas de salud, el área que nos ocupa (Área de Salud I) y en la que se sitúa el Hospital General atiende, según datos a diciembre de 2014, a 465.158 personas. (2)

4.1.- MARCO LEGISLATIVO

La Constitución española de 1978 en su artículo 43 recoge el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, de las prestaciones y servicios sanitarios.

La Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 tiene por objeto regular todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la salud de los ciudadanos y marca la función del Sistema Nacional de Salud, que es la integración y coordinación de todas las funciones y prestaciones sanitarias suministradas por instituciones públicas y privadas.(3)

Al amparo de la LGS en la comunidad autónoma se promulga una Ley de Salud que regula las actividades en materia de sanidad, higiene y asistencia sanitaria, que son responsabilidad de sus administraciones públicas.(4)

A dicha administración le compete la creación y definición de una estructura orgánica básica del servicio regional de salud como órgano gestor de todos los centros y servicios sanitarios, propios y transferidos, con el fin de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos residentes en la comunidad.

Dicha Ley también establece la universalización de la sanidad, extendiendo la cobertura a todos los ciudadanos sin discriminación alguna.

4.2.- ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

El servicio regional de salud está regido por un decreto de 1995 y su posterior modificación de 1996.(5, 6)

Se trata de un organismo autónomo de carácter administrativo con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para conseguir sus fines.

- Sus Órganos Centrales son :
 - a- De Dirección o Gobierno: El consejo de Gobierno
Funciones: Dirección, gestión patrimonial, recursos humanos, control y supervisión del Director Gerente.
 - b- De Gestión: El Director Gerente
Funciones: Dirección y gestión.
 - c- De Participación: El Consejo de Salud
Funciones: Informar, asesorar y promover participación.
- Órganos Periféricos:
 - a- De Gestión: Director Área de Salud I
Director Área de Salud II
 - b- De Participación: Consejo de salud de Área
Consejo de salud de la Zona Básica de Salud (ZBS)
Junta de Gobierno de los centros asistenciales

- Organigrama a diciembre de 2015

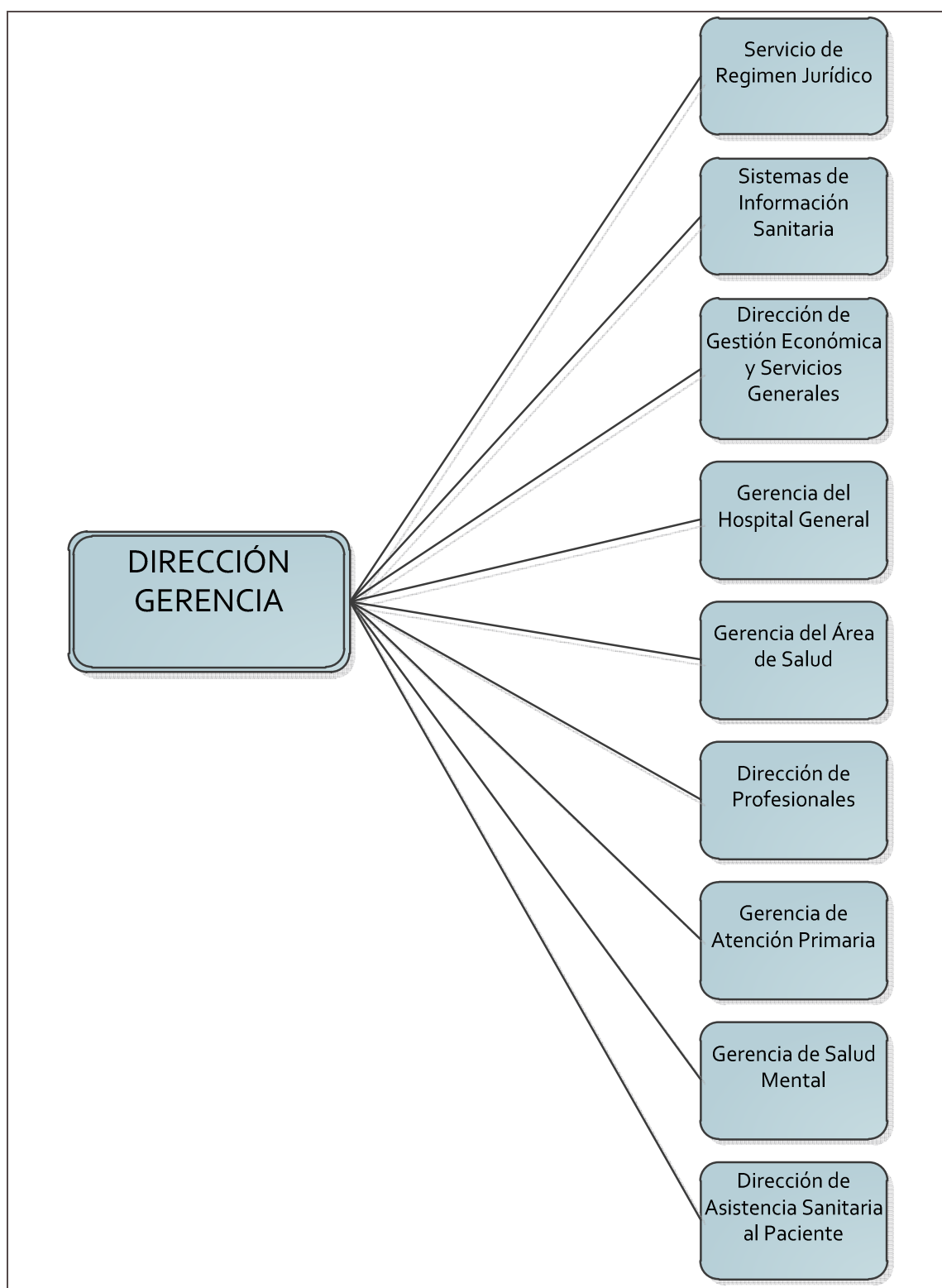
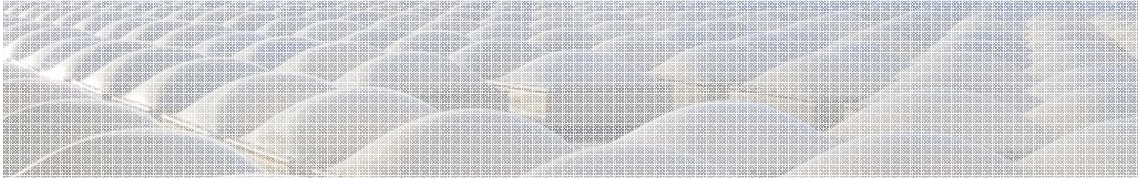
SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD

Figura 1 – Organigrama del Servicio de Salud

Fuente: Cuadro de mando del CHN (Complejo Hospitalario de Navarra)

5.- CONTEXTO ACTUAL



La unidad de hospitalización A se encuentra situada en la quinta planta de un centro monográfico de Traumatología y Rehabilitación perteneciente a un hospital general del servicio regional de salud de la comunidad de carácter público.

5.1.- HOSPITAL GENERAL

En Abril de 2010 se crea en la comunidad una estructura sanitaria asistencial denominada “Hospital General” (HG), única, que engloba los diferentes recursos pertenecientes al Área de Salud I excluyendo aquellos que dependen de atención primaria. Dentro de las políticas sanitarias el Plan de Salud 2006-2012 de la comunidad ya evidenciaba servicios duplicados en distintos centros, problemas de ubicación y problemas organizativos a los que había que dar respuesta. Dicho Plan de Salud plantea como objetivo garantizar la necesaria coordinación y racionalización de la oferta asistencial correspondiente al área hospitalaria con el fin de asegurar la máxima eficiencia en el aprovechamiento de los recursos humanos, financieros y tecnológicos.

Los fines de este hospital general son mejorar la eficiencia desde el punto de vista asistencial, analizar y proponer para cada una de las unidades asistenciales, contempladas como verdaderos centros de responsabilidad, el esquema organizativo que mejor se adapte a los objetivos de mejora de la calidad asistencial y de la eficacia de la unidad, establecer el nuevo Centro Hospitalario como referencia asistencial de la región sanitaria y modelo del nuevo sistema organizativo, adecuar la masa crítica asistencial de las unidades y servicios, de modo que se garantice la idoneidad en materia de especialización y subespecialización, e impulsar y racionalizar el desarrollo e implantación de nuevas tecnologías, entre otros fines recogidos en el articulado.(7)

El HG está integrado por dos hospitales terciarios, un centro monográfico de Traumatología y Rehabilitación y cuatro centros de atención ambulatoria de especialidades.

El Hospital General cuenta con 1.004 camas. La plantilla total en 2014 fue de 5.602 profesionales:

Tabla 1: Plantilla total Hospital General 2014

Facultativos especialistas y no especialistas	1.156	20.62%
Sanitarios titulados	1.861	33.22%
Sanitarios no titulados	1.770	31.59%
Administrativos	539	9.62%
Servicios Generales	276	4.92%

Fuente: Memoria SNS-O (Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea) 2014

La población de referencia es la correspondiente al Área de Salud I como Hospital General, si bien alcanza a toda la Comunidad en determinados servicios de referencia.

5.1.1.- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL HOSPITAL GENERAL

El Hospital General se adscribe al Servicio de Salud de la comunidad, a través de la Dirección de Asistencia Especializada.

- **Organigrama a diciembre de 2015: HOSPITAL GENERAL**

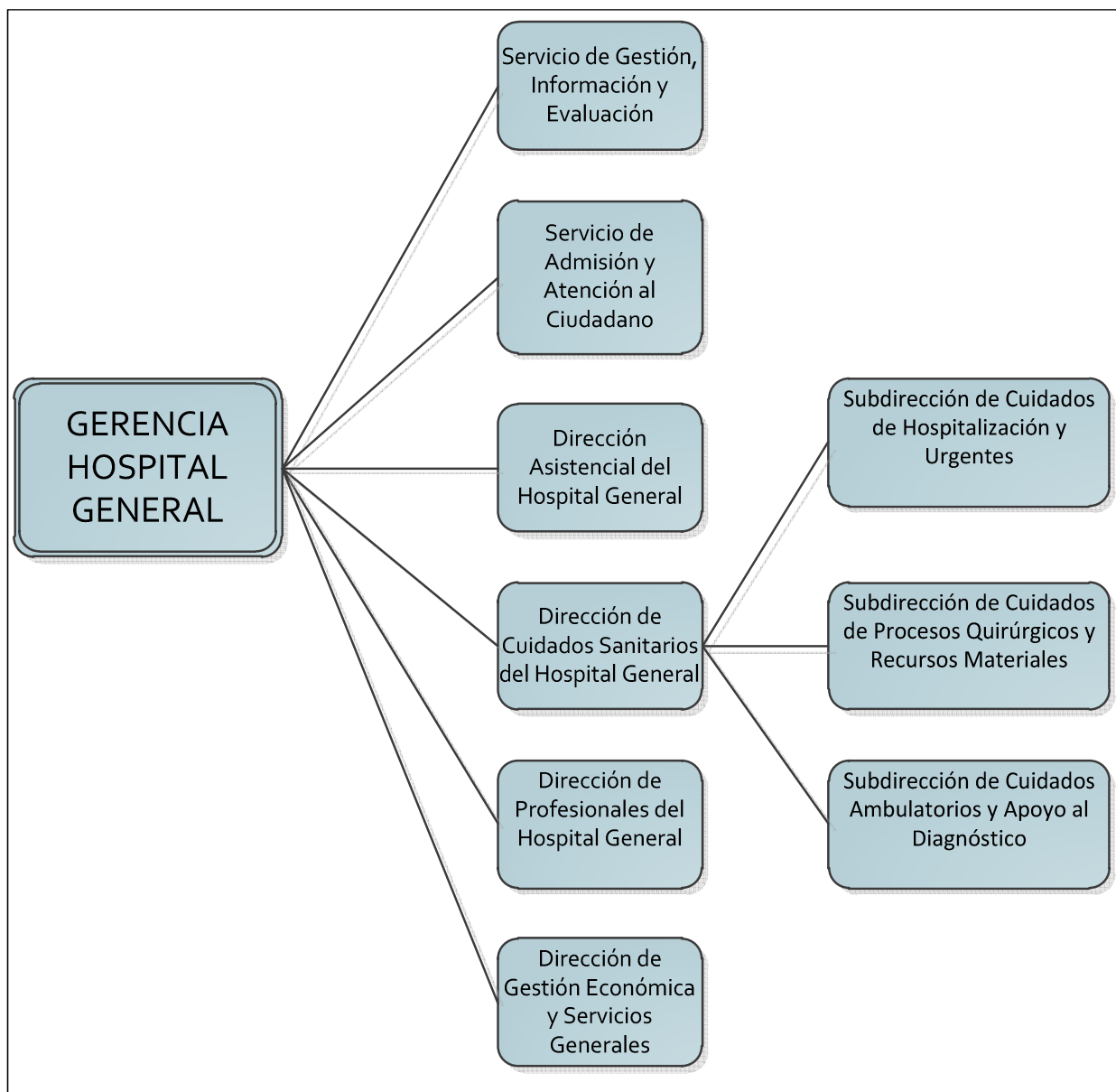


Figura 2 - Organigrama del Hospital General

Fuente: Intranet Sanitaria. Cuadro de mandos del CHN

- Misión

El Hospital General es un hospital público general perteneciente al Servicio de Salud de la comunidad, cuya misión es la prestación de asistencia sanitaria especializada a los ciudadanos de la Comunidad y de otras Comunidades Autónomas en los servicios de referencia, y con carácter universal en la atención urgente. Asimismo contribuye a la docencia pregrado, postgrado, la formación especializada y la investigación.

“Todas sus actividades se orientarán a satisfacer las necesidades y expectativas de la población, con criterios de equidad y máxima eficacia, apoyándose para ello en el compromiso activo e implicación de todo su equipo de profesionales.

Para ello, orientará su actividad a la búsqueda de la mejora del nivel de salud de la población asistida y la satisfacción de sus usuarios, aplicando un sistema de gestión adecuado a tales objetivos.”(7)

Desde la dirección de cuidados la misión es “garantizar y proporcionar en el Hospital General cuidados enfermeros seguros y de calidad centrados en las necesidades del paciente y familia, valorando la perspectiva sociocultural y la continuidad asistencial, respetando la intimidad e individualidad.

Cuidados sostenibles, éticos, basados en la evidencia científica disponible, estableciendo sistemática de mejora continua, que fomenten el autocuidado y la toma de decisiones del paciente a través de la información y educación sanitaria.(8)

- Visión

“Profesionales capaces de liderar la mejora continua de los cuidados sanitarios mediante innovación e investigación enfocados al paciente, familia”.(8)

- Valores

Un centro orientado a la excelencia con:

- “Profesionales comprometidos con la sociedad.
- Orientación al paciente y familia.
- Participación, confianza y transparencia.
- Profesionales con capacidad de trabajo en equipo multidisciplinar.
- Excelencia en los cuidados y rigor científico.
- Respeto y comportamiento ético.”(8)

5.2.- CENTRO MONOGRAFICO DE COT Y REHABILITACIÓN

5.2.1.- PERSPECTIVA HISTÓRICO-LEGAL

El centro monográfico de COT fue construido en 1975 por una asociación de mutuas patronales de dos comunidades autónomas.

Situado en un entorno rural, a 7 kilómetros de la capital de la comunidad, desde sus inicios tuvo la intención de ser un centro de referencia regional de traumatología y rehabilitación.

Ya en 1978 tuvo serios problemas económicos que hicieron inviable su continuidad como centro privado.

Desde 1979 funcionó con convenios con la administración y en 1990 pasó a titularidad pública del Sistema Nacional de Salud Español siendo en 1991 cuando se transfirió al recién creado Servicio de Salud de la Comunidad.

Durante todos esos años, ha continuado siendo un centro monográfico de traumatología y ortopedia que abarca todo el proceso asistencial del paciente; consulta ambulatoria, cirugía, hospitalización y rehabilitación.

En 2010 se creó el Hospital General. Uno de los centros integrantes del mismo fue el centro monográfico de COT y Rehabilitación.

En diciembre de 2012 el Servicio de Salud de la comunidad acordó la unificación del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital General, medida que se enmarcó en el proceso de integración de estructuras organizativas iniciado en 2010.

De esta forma, el centro monográfico de COT y Rehabilitación será el referente para la cirugía ortopédica: seis secciones divididas en: cadera, raquis, pie, extremidad superior (EESS) y dos unidades de rodilla.

Con la unificación del servicio en un único centro, y de sus recursos humanos, financieros y tecnológicos, se pretende alcanzar la “máxima eficacia y calidad en el cuidado del paciente y la mejor utilización y rentabilidad de inversiones, tecnología y recursos humanos y mejorar la gestión en aspectos como el control del gasto, la planificación o la cartera de servicios”(9).

5.2.2.- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

- ORGANIGRAMA A DICIEMBRE DE 2015 DEL CENTRO MONOGRÁFICO

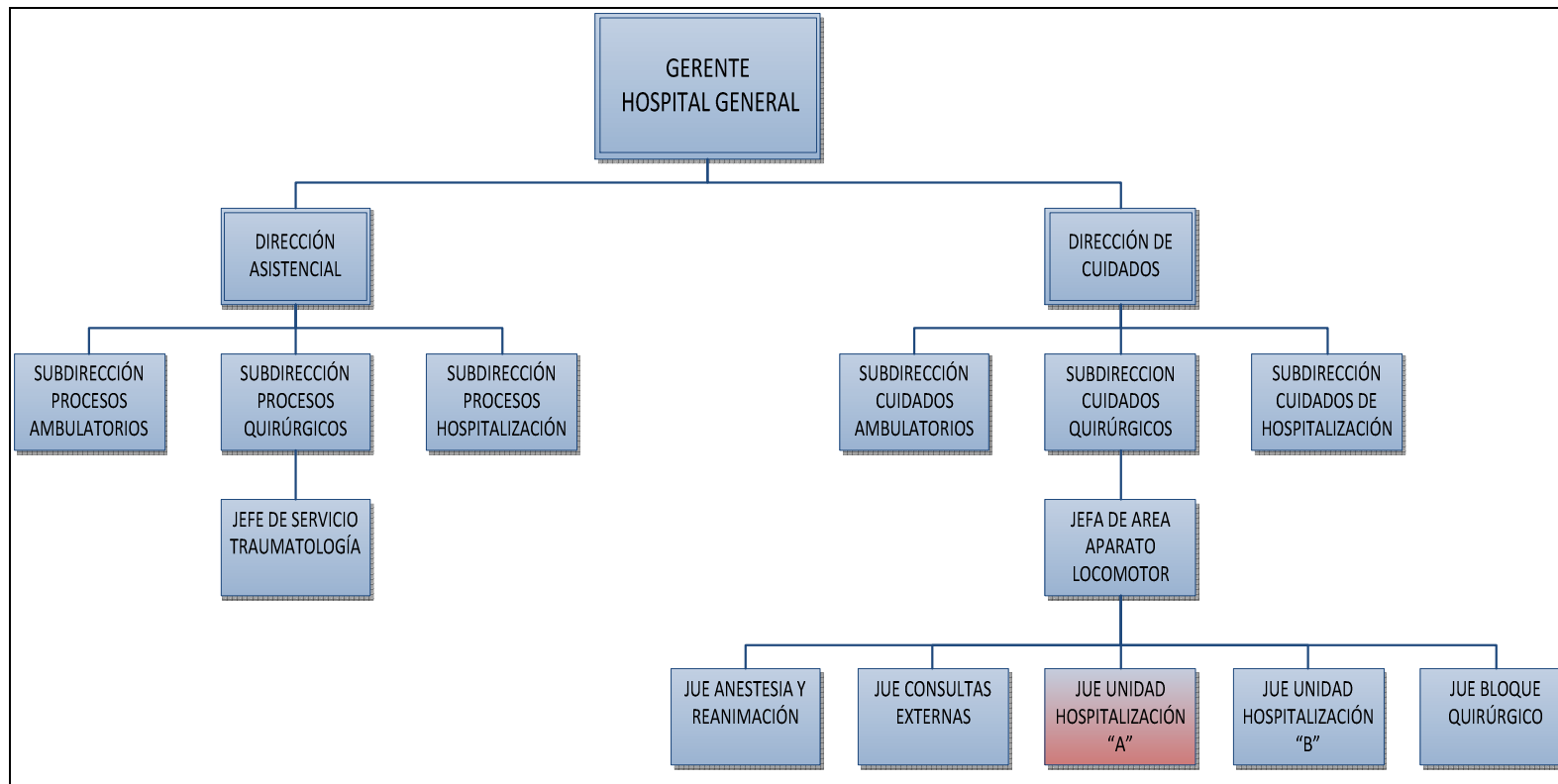


Figura 3 - Organigrama del Centro Monográfico

5.2.3.- ESTRUCTURA FÍSICA

Como se ha comentado anteriormente, el centro monográfico se sitúa en un entorno rural a 7 kilómetros de la capital de la comunidad. Situado en un valle, la población que lo acoge no supera los 200 habitantes, lo que ofrece al paciente una tranquilidad y una belleza paisajística difícilmente superable en edificios de estas características.

Figura 4: Vistas del paisaje desde el centro



Fuente: : <http://www.normedan.com/>

Exteriormente cuenta con un parking con una capacidad de unos 300 coches y un total de 30 plazas de minusválidos.

Seis plantas conforman la estructura del edificio:

Figura 5: Centro monográfico de COT



Fuente: <http://www.normedan.com>

En la planta baja se encuentran las consultas externas de traumatología y rehabilitación y sus correspondientes gimnasios.

En la primera planta se sitúa la unidad de cirugía mayor ambulatoria, que cuenta con dos quirófanos y su propia sala de despertar y adaptación al medio. También se ubica una sala de despertar de cuidados intermedios (24-48h) que cuenta con 10 camas y 1 box más para necesidades especiales y la unidad de esterilización.

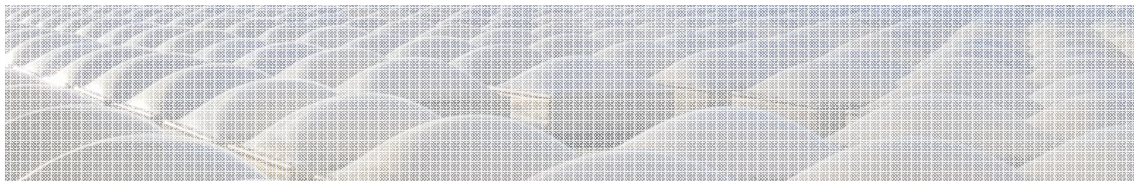
En la segunda planta se cuenta con seis quirófanos de cirugía ortopédica con su sala de despertar correspondiente.

Toda la tercera corresponde a la unidad de hospitalización “B”, que cuenta con 42 camas.

La quinta planta es ocupada por completo por la unidad de hospitalización “A”, dotada con 40 camas de cirugía ortopédica y 12 camas de rehabilitación neurológica.

En la sexta planta están ubicados los despachos de los jefes de sección, consultas de anestesia y el servicio de farmacia.

6.- DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN “A”



“La unidad de hospitalización se puede definir como la estructura física que facilita el óptimo uso de los recursos humanos y materiales, encaminados a la valoración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de aquellas personas que por su enfermedad requieran del ingreso en un centro hospitalario, para mejorar al máximo su estado de salud, o bien, posibilitar el apoyo suficiente a un proceso largo o fatal de su enfermedad.”(10)

Como se ha mencionado anteriormente, la unidad de hospitalización A se encuentra situada en un centro monográfico de COT y Rehabilitación perteneciente a un hospital general de la red regional de salud pública.

En la unidad se tratan todos aquellos pacientes con procesos pertenecientes a patologías del aparato locomotor y rehabilitación neurológica.

6.1.- MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

- Misión

“Proporcionar una atención óptima a los pacientes ingresados en la unidad y satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de cuidados de enfermería especializados, proporcionando una atención integral, oportuna y eficaz al paciente quirúrgico en sus diferentes etapas (pre y postoperatorio) a través de la aplicación del proceso de enfermería, con la máxima calidad y seguridad, basados en una atención integral, a través de acciones de apoyo en la enfermedad, de protección y fomento de la salud y ayuda en la reincorporación del individuo a la sociedad.”

- Visión

“Proporcionar una atención y cuidados dentro del ámbito hospitalario, adaptando la provisión de cuidados a las necesidades de la población, desarrollando nuevas competencias profesionales mediante la formación continuada.”

- Valores

- “Orientación de los cuidados al usuario.
- Compromiso con una gestión de calidad total.
- Colaboración y apoyo con otras unidades y niveles de atención.
- Trabajo en equipo.”(11)

6.2.- ESTRUCTURA FÍSICA Y ARQUITECTÓNICA

La unidad de hospitalización A ocupa toda la quinta planta del edificio. Es una planta con amplios pasillos y muy luminosa por su altura y sus amplios ventanales, (anexo nº 3: Plano de la unidad)

La unidad A tiene las siguientes dependencias:

- Sala de espera

Los ascensores desembocan en un amplio espacio muy iluminado con un gran ventanal, sillones, mesillas y sillas. Es la sala de espera de la unidad, utilizada por pacientes y visitantes.



Figura 6 - Hall de la unidad

A ella se accede por escaleras o cuatro ascensores, dos de uso público y dos para personal por los que se traslada a los pacientes.

- Habitaciones

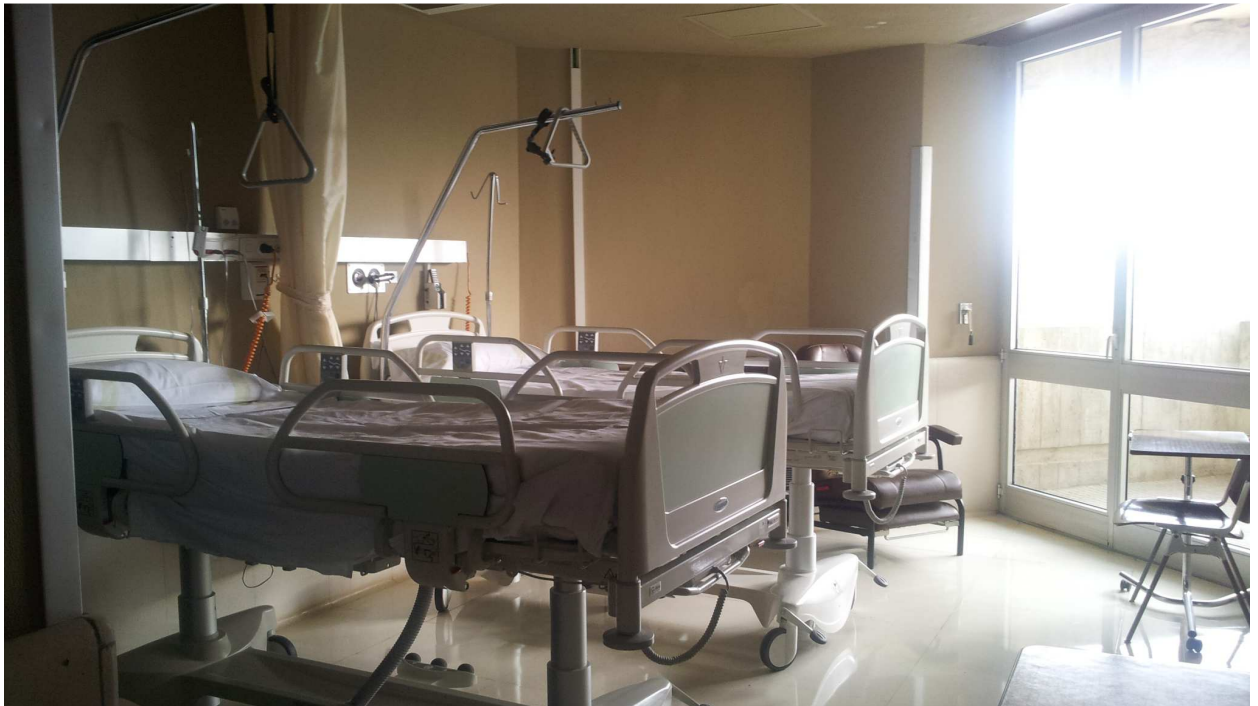


Figura 7: Habitación unidad

Cuenta con 20 habitaciones y un total de 52 camas. Las habitaciones se numeran de la 501 a la 520, tienen las siguientes características:

- De la 501 a la 508 se sitúan en el pasillo este, son habitaciones dobles con baño con ducha para las dos camas. Todas tienen balcón con acceso al exterior que en caso de necesidad por riesgo de algún tipo se pueden bloquear.
- De la 509 a la 514 discurren paralelas al pasillo sur, son habitaciones cuádruples, compartiendo el mismo baño-ducha las cuatro camas. Tienen una distribución especial, tres camas seguidas y una enfrente de las otras con espacio en el centro lo que facilita el tránsito con sillas de ruedas. Son luminosas.
- De la 515 a la 520 se sitúa la zona que en el plano se denomina pasillo sur “neurología”, son habitaciones para pacientes de Rehabilitación Neurológica, sin balcón y con poca luz. Tienen un espacio amplio a la entrada que da a este tipo de pacientes margen de movimiento. Dos de estas habitaciones (517 y 518) son muy estrechas, a pesar de haber dos camas si es posible únicamente hay un paciente y si es necesario por ocupación siempre se intenta ingresar procesos de muy corta estancia.

- Control de Enfermería. Sala de enfermeras.

Zona de atención al público, se encuentra en la esquina que confluyen el pasillo este y sur.



Figura 8: Zona de atención al público

Comunica directamente con la sala de enfermeras, en la que se sitúa el sistema de timbres, tres mesas con ordenadores, el carro de historias, una estantería con ropa y dos pizarras.

- Office. Sala de estar.

Separado por una cristalera y con una puerta que comunica con la sala de enfermeras se encuentra el office con una mesa y sillas, microondas, frigorífico y congelador. Cuenta con armarios donde se guarda menaje y artículos de alimentación que pueden en un momento dado necesitar los pacientes como zumo, leche, manzanilla... Este office está comunicado por un ascensor de servicio con la cocina del centro.

- Sala de curas

Paralela al pasillo sur se encuentra la sala de curas a la que se accede por el control y por el pasillo de las habitaciones, en ella se encuentran los cuatro carros de medicación, tres carros de curas y todo el material necesario para curar, también está el botiquín de la planta con los fármacos de uso más habitual y el carro de paradas con la bombona de oxígeno.

- Zonas de almacén

Tras la zona de control se sitúa el pasillo de servicio, que cuenta con un montacargas que comunica con la lavandería donde se ubica un pequeño almacén utilizado principalmente por el personal de limpieza.

Avanzando por el pasillo sur, enfrente de la habitación 513, se encuentra un almacén con diferente material de ortopedia como aparatos de flexión/extensión de rodilla, férulas antirotatorias, calzado ortopédico, bombas pulsátiles con su fungible, carro de curas de pacientes de neurología, diferentes sistemas de tracción...

A la altura de las habitaciones 517 y 518 existe otro almacén (lavacuñas). Por su proximidad a las habitaciones de neurología se utiliza como almacén para el material más común utilizado con esos pacientes, evitando así desplazamientos por la unidad.

- Despachos

Despacho médico: En el pasillo sur hay un despacho destinado al personal facultativo con dos ordenadores con pantallas para visualización de radiología y un armario con llave donde se guardan las historias de los pacientes ingresados que aún no tienen la historia digitalizada, este despacho cuenta con un baño.

Despacho de Jefa de Unidad de Enfermería: Situado al final del pasillo este, con mesa y ordenador fijo y dos armarios.

- Vestuarios

En la unidad hay dos vestuarios de mujeres integrados dentro de la sala de enfermeras y sala de estar y uno de hombres al final del pasillo este. Son vestuarios amplios y cada trabajador dispone de su propia taquilla.

En cada uno de ellos hay baño con ducha.

- Baño de uso común

Al fondo del pasillo este, hay un baño con dos duchas muy amplias para uso de los pacientes que han ingresado de víspera, en él se duchan antes de ser trasladados a quirófano.

Hay un aseo para el público en general.

6.3.- RECURSOS HUMANOS

Se denomina recursos humanos a las personas con las que una organización cuenta para desarrollar y ejecutar de manera correcta las acciones, actividades, labores y tareas que deben realizarse y que han sido solicitadas a dichas personas.(12)

La unidad de hospitalización A cuenta con personal adscrito a la unidad y dependiente jerárquicamente de la JUE y personal no adscrito dependiente de diferentes jefaturas.

6.3.1 PERSONAL ADSCRITO A LA UNIDAD

La unidad de hospitalización permanece abierta 24 horas, los 365 días del año y nuestros pacientes son atendidos por un equipo de enfermería formado por:

Enfermeras:

- 13 a jornada completa con turno rotado de 1457 horas anuales
- 2 a jornada parcial con 645 horas anuales
- 1 Jefa de Unidad con turno de mañana con 1592 horas anuales

Auxiliares de Enfermería (A.E.):

- 13 a jornada completa con turno rotado de 1457 horas anuales
- 2 a jornada parcial con 645 horas anuales

Tabla 2 - Antigüedad del personal en la unidad

Años en la unidad	Enfermera	A.E.
De 6 a 10 años	4	2
De 11 a 15 años	6	2
De 16 a 20 años	2	1
De 21 a 25 años	0	2
De 26 a 30 años	1	6

Fuente: elaboración propia

El personal de la unidad, como se puede observar en la tabla, es un personal con gran experiencia. La antigüedad media de las enfermeras ronda los 15 años y la de los auxiliares de enfermería los 20, experiencia que implica un mayor conocimiento de las necesidades y cuidados de los pacientes.

6.3.2.- PERSONAL NO ADSCRITO A LA UNIDAD

Enfermeras:

- 2 enfermeras adscritas a la unidad de Anestesia y Reanimación que realizan el turno de noche de fin de semana.

Auxiliares de Enfermería:

- 1 auxiliar de enfermería adscrita a la unidad de Anestesia y Reanimación que realiza el turno de noche de sábado.

Celadores:

- 2 celadores en turno de mañana, 1 celador en turno de tarde y 1 celador compartido con la unidad de hospitalización B en turno de noche.
- Los fines de semana, 1 celador en turno de mañana y otro para todo el centro en turno de tarde y noche.

Todos estos celadores están adscritos al área de enfermería.

6.3.3.- DISTRIBUCIÓN DE PRESENCIAS

La unidad funciona de lunes a domingo todo el año. Si bien es cierto que en períodos vacacionales (navidad y verano) desciende la ocupación con el consiguiente cierre de camas el cual también supone reducción de personal.

Tabla 3 - Presencias de personal en la unidad

Enfermera	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Mañana	4+1JUE	4+1JUE	4+1JUE	4+1JUE	4+1JUE	4	3
Tarde	3	3	3	3	3	2	2
Noche	2	2	2	2	2	2	2

A.E.	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Mañana	4	4	4	4	4	3	3
Tarde	3	3	3	3	3	2	2
Noche	2	2	2	2	2	2	2

CELADOR	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Mañana	2	2	2	2	2	1	1
Tarde	1	1	1	1	1	1	1
*Noche	1	1	1	1	1	1	1

*El celador del turno de noche es compartido con la 3ª planta.

LIMPIEZA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Mañana	2	2	2	2	2	2	2
*Tarde	1	1	1	1	1	1	1
*Noche	1	1	1	1	1	1	1

*Limpieza localizada con busca

Fuente: elaboración propia

6.4.- RECURSOS MATERIALES

El Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios tiene por objeto regular los productos sanitarios y sus accesorios. Dicho Decreto en el artículo 2 entiende por producto sanitario: “Cualquier instrumento, dispositivo, equipo, programa informático, material u otro artículo, utilizado solo o en combinación, incluidos los programas informáticos destinados por su fabricante a finalidades específicas de diagnóstico y/o terapia y que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser utilizado en seres humanos.”(13)

El material se puede dividir:

a.- Material “fungible”: Se trata de material de “un solo uso”. Este material se solicita tres días a la semana (lunes, miércoles y viernes) al servicio de almacén mediante una aplicación informática, labor que realiza la JUE y es básica ya que la unidad debe estar bien surtida de todo lo necesario para poder ofrecer cuidados de calidad a los pacientes.

Ejemplos de principal consumo son: gasas, equipos de gotero, compresas, equipos de curas, apósitos, vendas, vasos, bolsas, esponjas, pañales, empapadores, esparadrapos...

b.- Material inventariable: Recursos utilizados a diario, están codificados.

Tabla 4-Material inventariable unidad de hospitalización

Carros de curas: 4	Bombas pulsátiles pierna: 3
Carros de medicación: 4	Bombas pulsátiles pie: 2
Aparato de ECG: 1	Carro reparto zumos: 2
Bala de oxígeno: 2	Carros de lencería: 2
Bombas de nutrición enteral: 2	Medidor de glucosa capilar: 4
Bombas de perfusión: 6	Aparatos T.A.: 5
Aparato flexión/extensión rodilla: 3	Pulsioxímetros: 4
Grúa: 1	Palos de gotero de cama: 52
Grúa Sabina: 1	Palos de gotero de pie: 10
Camas de hospitalización: 52	Ordenadores fijos: 6
Carro de limpieza: 2	Ordenadores portátiles: 4
Carro de paradas: 1	Lavavacuas industrial: 1
Microondas: 1	Mesas de trabajo: 6
Teléfonos fijos: 4	Pesos digitales: 2
Camilla: 1	Aspirador portátil: 1

c.- Farmacia: Desde noviembre de 2014 existe un sistema de unidosis, sobre las 15 horas se recibe el carro de farmacia con la medicación de cada uno de los pacientes en un cajetín con su número de habitación.

Además de lo anterior se cuenta con un botiquín tanto de medicación oral y parenteral como de antisépticos. Este botiquín está ordenado por principio activo y tiene los principales fármacos que junto con el servicio de Medicina Interna, el de Farmacia y la JUE consensuaron como de uso más habitual en referencia a la patología que se atendía.

En el anexo 4 se adjunta una copia de la petición a farmacia que se realiza vía mail, en esta hoja se observa el stock que se debe tener en la unidad. Se cursa tres días a la semana (lunes, miércoles y viernes)

d.- Material de compra directa: Este material no se encuentra en el almacén del centro por ser de uso poco frecuente, es la JUE la que lo solicita vía mail mediante un impreso de petición a la sección de compras, que es la responsable del trámite. Se trata principalmente de material ortoprotésico, solicitado por indicación de cada cirujano.

e.- Lencería: El pedido de ropa se hace diariamente por los auxiliares de enfermería, se solicita toda la ropa de cama, toallas y sacos con un impreso escrito. Si en alguna ocasión se necesita ropa extra no hay problema ya que el servicio de lencería está situado en el sótano del centro, es ahí donde cada profesional recoge su uniforme.

f.- Cocina: Las dietas son servidas por un servicio externo de catering. Se realiza un pedido semanal estándar de zumos, leche, yogures, azúcar, sal y medidas mediante e-mail. En las ocasiones que se pide algo extra se firma un albarán. A los pacientes mediante una aplicación informática específica se les solicita la dieta que en ese momento precisan.

6.5.- ACTIVIDAD DE LA UNIDAD

En la unidad de hospitalización “A” se atiende a todos aquellos pacientes con patología del aparato locomotor o con patología neurológica que requiere rehabilitación.

6.5.1.- ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL EQUIPO

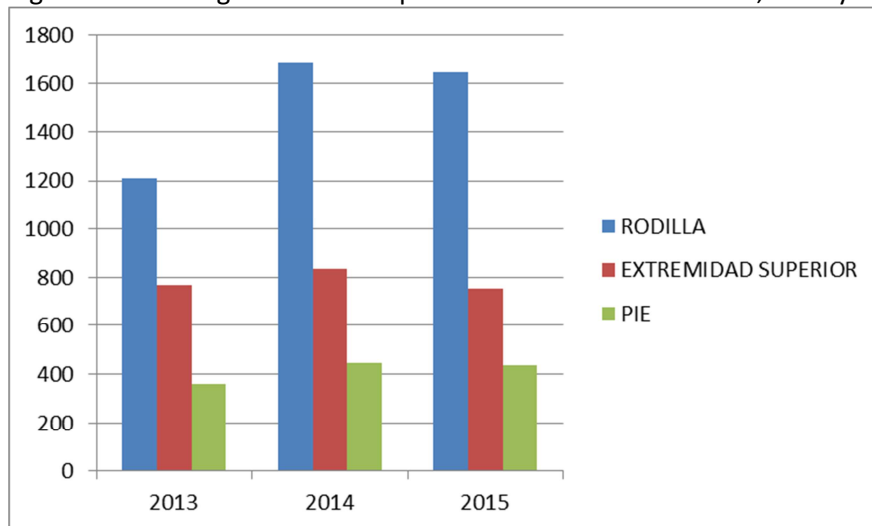
- **ESPECIALIDAD DE CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA (COT)**

Secciones de Cirugía Ortopédica y Traumatología:

- Unidad de Rodilla
- Unidad de Pie
- Unidad de Extremidad Superior

El siguiente gráfico muestra el número de ingresos programados que ha habido de cada una de las secciones de COT en los diferentes periodos:

Figura 9- Nº de ingresos anuales por secciones de COT en 2013, 2014 y 2015

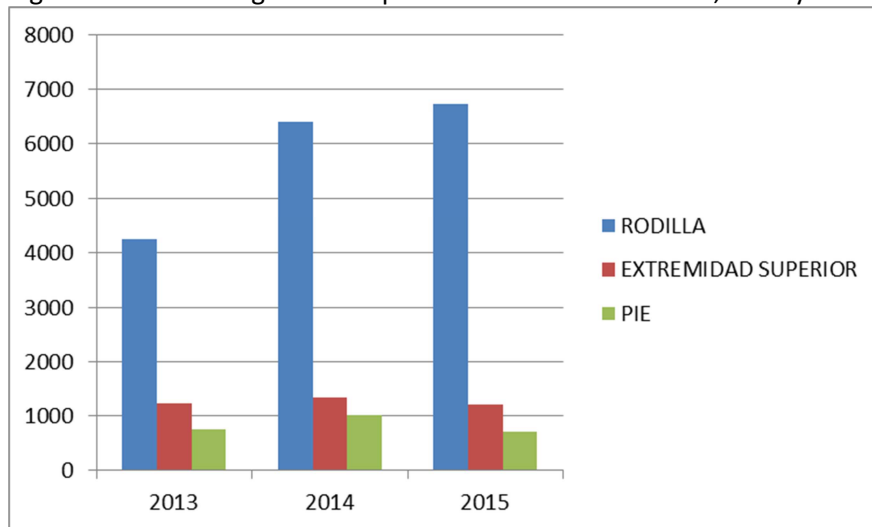


Fuente: Servicio de Medicina Preventiva, Higiene y Gestión Clínica

La unidad de rodilla, además de ser la sección que más ingresos programados ha generado, también ha sido la que más estancias ha producido ya que al realizar un tanto por ciento muy alto de cirugía protésica su índice de estancia media es mayor.

En el siguiente gráfico se muestran las estancias generadas por cada una de las secciones.

Figura 10- Estancias generadas por seccion de COT en 2013, 2014 y 2015



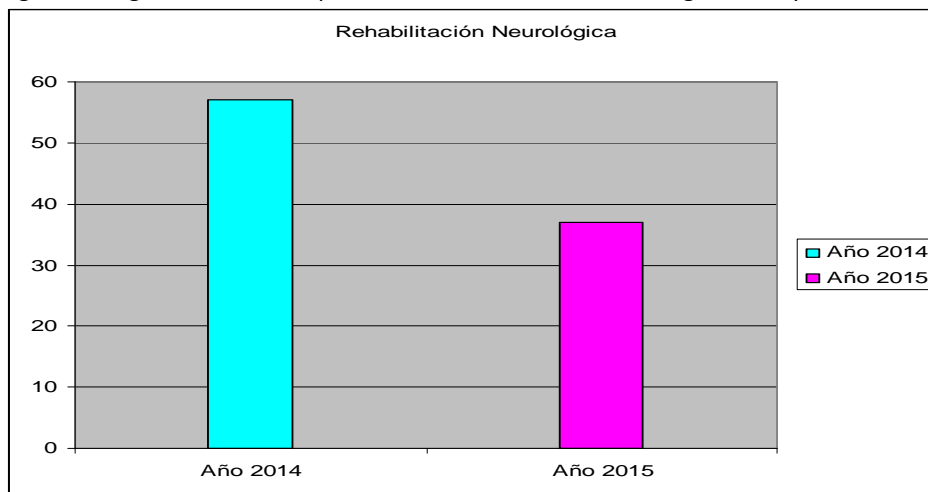
Fuente: Servicio de Medicina Preventiva, Higiene y Gestión Clínica

- **ESPECIALIDAD REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA**

El servicio de Rehabilitación Neurológica tiene asignadas 12 camas en la unidad, en ninguna ocasión en estos años se han ocupado el 100% ya que sus pacientes conllevan un número menor de ingresos, no obstante son generadores de largas estancias.

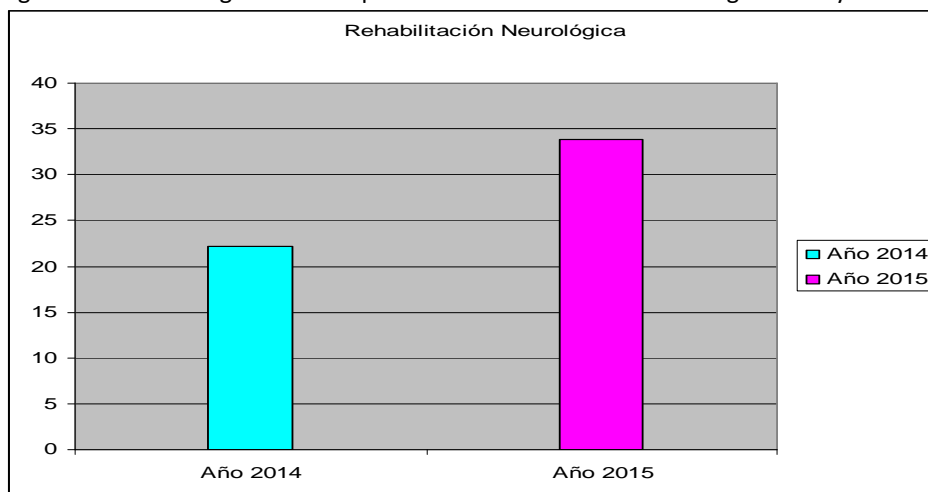
Son pacientes trasladados de otras especialidades para rehabilitación en gimnasio de Neurología, Logopedia y/o Terapia Ocupacional.

Figura 11-Ingresos anuales especialidad Rehabilitación Neurológica 2014 y 2015



Fuente: Servicio de Medicina Preventiva, Higiene y Gestión Clínica

Figura 12- Estancias generadas especialidad Rehabilitación Neurológica 2014 y 2015



Fuente: Servicio de Medicina Preventiva, Higiene y Gestión Clínica

6.5.2.- ACTIVIDAD DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Ofrecer una atención integral y de calidad a los usuarios es uno de los objetivos del equipo de enfermería de la unidad.

Es evidente el profundo cambio que la enfermería está teniendo en los últimos años, las unidades quirúrgicas no deben ser ajenas a ello; tradicionalmente se ha seguido un modelo de trabajo que no ha dado solución a las necesidades reales del paciente quirúrgico, realizando tareas delegadas, basada en la rutina y la ambigüedad, olvidando que la esencia de la enfermería en la unidad quirúrgica es, como en cualquier otro ámbito, cuidar.(14)

El modelo de cuidados que orienta el trabajar del equipo tanto con los pacientes como con las familias en la unidad, se fundamenta en la definición de enfermería de Virginia Henderson y su propuesta de atención de 14 necesidades básicas.

V. Herdenson define enfermería como: “ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible”(15)

El rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Este modelo proporciona una imagen holística de la persona, aplicable a cualquier tipo de paciente, permitiendo además detectar y cuantificar incapacidades y problemas de salud: funcionales, psicoafectivos y sociofamiliares y favorece la interrelación enfermera-paciente.

Permite un abordaje multidisciplinar, tanto la enfermera como el auxiliar de enfermería trabajan en equipo, ofreciendo una atención individualizada e integral.

MODELO DE VALORACIÓN DE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Tabla 5- Necesidades de Virginia Henderson

NECESIDAD	VALORACIÓN
1. Respirar normalmente	Constantes vitales, patrón respiratorio.
2. Comer y beber adecuadamente	Dieta, autonomía, alteración nutrición, estado cavidad oral, peso y talla.
3. Eliminar normalmente por todas las vías	Continencia/incontinencia urinaria y/o fecal. Dispositivos, sudoración, sangrado.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas	Capacidad funcional, actividad
5. Dormir y descansar	Patrón de sueño
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse	Autonomía en vestirse/desvertirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando la temperatura ambiental	Toma de temperatura. Temperatura de habitación adecuada. Ropa de cama limpia y adecuada.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	Autonomía, hábitos de higiene, integridad de piel y mucosas
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas	Riesgo de caídas, dolor, dispositivos.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores y sensaciones	Estado de consciencia, orientación. Comunicación verbal y no verbal, déficits sensoriales
11. Necesidad de practicar sus creencias	Religión, cultura, testamento vital.
12. Trabajar en algo gratificante para la persona	Valoración socio-familiar, respuesta ante la enfermedad, apoyo familiar/social
13. Desarrollar actividades lúdicas y recreativas	Capacidad de ocio, interés actividades lúdicas.
14. Satisfacer la curiosidad que permite a la persona su desarrollo en el aspecto salud	Capacidad de aprendizaje. Hábitos, estilos de vida.

Fuente: Área de desarrollo en cuidados e innovación

- **ACTIVIDAD ENFERMERA**

La atención de las enfermeras es continua y como se ha descrito anteriormente trabajan con un turno rotatorio de mañana, tarde y noche.

Los protocolos y procedimientos de enfermería están accesibles para todo el personal de la unidad desde la intranet del hospital.

Respecto a los Planes de Cuidados Estandarizados en la actualidad se cuenta con el del paciente sometido a cirugía de Prótesis Total de Rodilla (PTR) ya que se trata de la intervención quirúrgica que más ingresos y estancias genera.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica, incluye la identificación de signos y síntomas para integrar su valoración, el diagnóstico de problemas y necesidades, la planificación y la administración de los cuidados, así como la evaluación de los resultados.(16)

En la especialidad de Cirugía Ortopédica todo paciente que ingresa acude a causa de una intervención, generalmente el día anterior.

En el caso de la especialidad de rehabilitación neurológica ingresan cuando ya están hemodinamicamente estable con el objetivo de comenzar el proceso de rehabilitación.

En el caso del paciente quirúrgico:

La actividad enfermera comienza con el protocolo de valoración al ingreso que entre otras actividades contempla medición de constantes, revisión historia clínica y valoración de las catorce necesidades de V. Henderson, comprobación de alergias, consentimientos, medicación prequirúrgica y en definitiva todas las actividades englobadas en el protocolo. Quedará todo registrado en la aplicación informática enfermera.

Previamente a la intervención se valoran constantes de nuevo, se administra medicación si precisa y se realiza la verificación prequirúrgica de seguridad del paciente, verificación también protocolizada que se realiza mediante un check-list. (anexo 5)

Dependiendo de la intervención el paciente reingresará ese mismo día desde la sala de despertar o al día siguiente de la UVI del centro.

La enfermera realizará una nueva valoración, tanto de control de dispositivos como de control de constantes y de dolor debiendo dejar de nuevo todo registrado.

Dichas valoraciones le guiarán a la detección de problemas y necesidades y a la formulación de diagnósticos de cara a la planificación y administración de cuidados, realizando tanto las actividades propias como las delegadas.

Dentro de las actividades destacan la administración de medicación, medición de constantes, curas, retirada de sondas, catéteres, drenajes y suturas, cuidados de la piel, aplicación de procedimientos, registros informatizados, solicitud de dieta, actuación ante situaciones de urgencia...

Cada día realizará el pase de visita con el médico de traumatología y se reunirá en sesión con el especialista de medicina interna para hacer un repaso de sus pacientes. El trabajo en equipo y la comunicación entre ellos es clave en la unidad.

La educación sanitaria es también una responsabilidad enfermera ya que dichos pacientes deben seguir con la realización de ejercicios al abandonar el centro, aparte de los cuidados de la herida quirúrgica que precisen, ya que es habitual abandonar el centro con los puntos de sutura y citados para realizar curas en sus centros de salud.

Al alta evaluará la situación del paciente y realizará un informe de continuidad de cuidados si lo considera necesario.

- **ACTIVIDAD AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

Las actividades asistenciales de los auxiliares de enfermería se dirigen como en el caso de las enfermeras a cubrir las diferentes necesidades formuladas por V. Henderson y en las cuales se basan nuestros cuidados.

Se encargarán de:

- Repartir dietas, desayuno, comida, merienda y cena, incluyendo la ayuda necesaria para que el paciente pueda satisfacer esta necesidad.
- Asegurar la cobertura de la necesidad de eliminación ofreciéndole los medios que precise ó ayudándole a levantar para ir al baño si el paciente no lo puede hacer por sí mismo.
- Aconsejar en cada momento las posturas adecuadas y tener al paciente preparado a la hora que tiene cita en rehabilitación.
- Cambiar diariamente la ropa de cama y tener preparada la habitación al ingreso. Realizar el pedido de ropa a lencería.

- Colocar al paciente en una situación que favorezca el descanso nocturno, la vuelta de la noche debe darse con escrupuloso celo ya que de ella depende en muchas ocasiones que se encuentre cómodo y tranquilo.
- Ayudar a todo paciente que precise en el vestir/desvestir.
- Tomar y registrar la temperatura previa al quirófano, y diaria tras intervención quirúrgica, controlar que la habitación está a una temperatura adecuada.
- Realizar aseo de los pacientes subidos de UVI y de los de rehabilitación de neurología, si otros pacientes necesitan debido a circunstancias especiales también se responsabilizaran de ello.
La higiene es el momento ideal para comprobar la integridad de la piel, y si se considera preciso comunicarlo a la enfermera responsable.
- Rasurar la zona quirúrgica si precisa.
- Acompañar al paciente que ingresa a su habitación y darle la información necesaria del funcionamiento de la planta, este es un buen momento para dejar al paciente expresar sus emociones y temores respecto a la inminente intervención.
- Reponer y mantener en buenas condiciones de higiene almacenes y carros de curas y ropa.
- Registrar sus actividades en la aplicación informática destinada a tal efecto.

Para que todas las necesidades sean cubiertas es de suma importancia el trabajo en equipo y una adecuada comunicación entre los profesionales que atienden al paciente.

6.5.3.- ACTIVIDAD JEFA DE UNIDAD DE ENFERMERÍA (JUE)

La jefa de unidad de enfermería (JUE) es el mando intermedio y tiene como funciones principales la gestión, liderazgo, dirección y control de todos sus recursos (estructurales, humanos y materiales) para mejorar las condiciones de trabajo y garantizar una atención de calidad.

Es la responsable de dirigir el grupo hacia los objetivos de la unidad y de la organización.

Depende jerárquicamente de la jefatura de área de enfermería del centro monográfico de COT y Rehabilitación. Es el eslabón entre la dirección y el personal asistencial.

Una de sus principales funciones es integrar la actividad de los profesionales con el objetivo de que el paciente reciba la prestación de cuidados de forma integral y de la mejor calidad posible.

Ejerce funciones de líder y debe poseer las cualidades para realizar un liderazgo fuerte y positivo. Sus finalidades deben ser:

- “Mejorar la calidad de la atención proporcionada.
- Crear un medio ambiente favorable a la productividad.
- Impulsar el desarrollo del personal.
- Mantener la disciplina y el interés por el trabajo.
- Optimizar la utilización de recursos materiales.”(17)

El artículo 7 de una Orden Gubernativa de la comunidad expresa que las funciones de los Jefes de Unidad de Enfermería son:

“1. Los Jefes de Unidad de Enfermería serán responsables del funcionamiento de la unidad y la coordinación de los recursos adscritos a la misma.

2. El Jefe de Unidad de Enfermería ejercerá las siguientes funciones:

a) Evaluar el funcionamiento de la Unidad y de la actividad del personal integrado en la misma.

b) Promocionar y evaluar la calidad de las actividades de atención sanitaria desarrolladas por el personal de enfermería.

c) Coordinar al personal de enfermería asegurando unidad de criterios en los aspectos más relevantes del cuidado y de la atención del paciente.

d) Colaborar con la Dirección en la formalización y evaluación anual de los objetivos.

e) Asumir aquellas otras funciones que, expresamente, le sean encomendadas por la Dirección de Enfermería o por la Subdirección o Área correspondiente.”(18)

Este texto describe funciones muy generales y no detalla ningún tipo de actividad específica.

El programa Leonardo Da Vinci es un marco de referencia profesional para la función de supervisor/a de enfermería. Dicho programa trata de mejorar las posibilidades de empleo y cohesión social mediante la formación, aprovechando los recursos tecnológicos que ofrece la sociedad de la información y estableciendo formas de acreditación de las competencias profesionales.

El objetivo principal de este estudio ha sido trabajar en el ámbito de competencias de los supervisores de enfermería con el fin de mejorar la calidad de la atención a los enfermeros en el hospital y disponer asimismo de un marco de referencia a nivel

europeo para la función de supervisor/a de enfermería.(19)

El proyecto Da Vinci enumera las actividades observadas en el puesto de trabajo agrupadas según unas categorías de análisis identificadas.

Dichas categorías serán útiles para proceder a enumerar el listado de actividades de la JUE en la unidad, obviamente, las actividades han sido adaptadas al objeto de este trabajo:

1.- Gestión de cuidados

- Determinar el sistema de trabajo idóneo para el servicio.
- Analizar y valorar la cantidad y categoría del personal de enfermería que se requiere en el área de trabajo asignada.
- Colaborar en la realización de Planes de Cuidados Estandarizados
- Actualizar protocolos.
- Garantizar una buena ejecución de los protocolos.
- Evaluar la correcta cumplimentación de la evolución de enfermería y registros.
- Asegurar un trato profesional de los pacientes en la unidad
- Supervisar la atención que proporciona enfermería al paciente.
- Apoyar a los profesionales en la resolución de problemas.
- Gestionar las contingencias de la unidad.
- Facilitar una buena coordinación interdisciplinaria.
- Procurar que el paciente tenga un ambiente de confianza, bienestar e higiénico.
- Tomar decisiones.
- Recibir y delegar funciones.
- Revisar y actualizar los registros propios de la unidad.
- Planear con el estamento médico y otros profesionales del equipo de salud las acciones correspondientes a la atención del paciente.

2.- Cuidados directos

- Participar en la gestión del ingreso y el alta.
- Pasar visita de lunes a viernes.
- Transmitir información del pase a cada enfermera.
- Resolver demandas que exceden las competencias de profesionales asistenciales.
- Gestionar ambulancias y traslados.
- Realizar actividad asistencial si es necesaria.

3.- Docencia

- Orientar a las enfermeras y auxiliares de enfermería sobre actividades concretas.
- Orientar al personal sobre el manejo de equipo especial.
- Participar en la enseñanza y orientación a familiares.
- Provocar enseñanza incidental o planeada.
- Gestionar los permisos de formación, cursos, jornadas...
- Promover la formación en la unidad
- Coordinar alumnos en la unidad.
- Participar en los cursos planteados para el personal.
- Coordinar con Docencia la organización de actividades formativas.
- Enseñar al personal de enfermería de nueva incorporación.
- Tomar parte en sesiones clínicas promoviendo la participación del personal.

4.- Gestión de recursos humanos

- Elaborar la distribución de turnos, horario, vacaciones, descansos y otros del personal de enfermería.
- Calcular los requerimientos del personal según categorías.
- Mantener la disciplina y el interés por el trabajo.
- Promover esfuerzos cooperativos en el equipo de salud.
- Evaluar al personal directa o indirectamente en su área.
- Establecer medios para atender a los sistemas de comunicación ascendente, descendente, horizontal y general.
- Fomentar la creatividad e innovación con el fin de mejorar la atención de enfermería.
- Delegar funciones.
- Participar en la descripción de puestos y en el análisis correspondiente.
- Cumplimentar el programa de gestión de personal.
- Solicitar los contratos que fueran necesarios para el correcto funcionamiento de la unidad.
- Resolver ausencias puntuales.
- Propiciar un ambiente favorable.
- Escuchar activamente a sus trabajadores.

5.- Gestión de servicios de soporte

- Gestionar el material inventariable, fungible y ortoprotésico de la unidad.

- Gestionar las peticiones al servicio de compras.
- Evaluar las necesidades de equipo y material del servicio.
- Asegurar los stocks tanto de material fungible como de botiquín de farmacia.
- Asegurar el mantenimiento y buen funcionamiento de los aparatos de la unidad, con el fin de que sean utilizados correctamente según las necesidades del servicio.
- Analizar el consumo de la unidad trimestral y anualmente.
- Buscar el material prestado a otras unidades ó en reparación.
- Vigilar la conservación y uso adecuado de los recursos del servicio.
- Vigilar la adecuada y oportuna dotación de material y equipo en los servicios.
- Gestionar la petición de accesos a historia clínica y aplicación de enfermería para el personal que lo precise.

6.- Comunicación y cooperación

- Asegurar una buena comunicación entre los miembros del equipo y el resto de servicios.
- Asegurar la difusión de información de una manera clara y precisa a los miembros del equipo.
- Cooperar con el resto de servicios de enfermería y dirección.
- Realizar reuniones periódicas con el equipo, el jefe de área y los jefes clínicos si fuera necesario.

7.- Gestión de las contingencias

- Coordinar con el servicio de admisión traslados intra e interhospitalarios y entre comunidades autónomas.
- Gestionar el absentismo laboral no planificado.
- Resolver incidentes asistenciales.
- Proporcionar medicación en caso de urgencia.
- Responder a las reclamaciones, sugerencias y agradecimientos presentados en Atención al Paciente.
- Garantizar la resolución de problemas entre profesionales y entre éstos, los usuarios y las familias.
- Interponer denuncia en caso de robo.
- Cumplimentar anexo B si fuera preciso.
- Resolver conflictos con pacientes y familias.

8.- Compromiso profesional

- Garantizar los cuidados enfermeros de calidad
- Garantizar la seguridad de los pacientes.
- Identificar propuestas de mejora relacionadas con pacientes, personal y organización
- Asegurar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería como metodología de trabajo para la prestación de cuidados enfermeros de calidad.
- Promover la constante revisión y mejora de protocolos, normas y procedimientos en la unidad.
- Elaborar anualmente los objetivos de la unidad y velar para su cumplimiento.
- Velar por mantener la confidencialidad y los derechos de los pacientes.

9.- Liderazgo

- Trabajar la comunicación, la capacidad de escucha. Liderar a personas.
- Liderar proyectos.
- Crear un compromiso con el equipo. Liderar su desarrollo y cohesión.
- Liderar los procesos clínicos.
- Liderar los procesos entre profesionales y familias.

6.6.- FORMACIÓN

La formación continuada es un concepto implantado en todos los países desarrollados, según A. Mata Segreda: "... desde la perspectiva del desarrollo profesional, la formación continúa puede ser definida como el elemento cualitativo que potencializa el desarrollo mediante el aprendizaje o actualización en nuevas alternativas para el desempeño laboral, bien para responder directamente a las exigencias del empleo, o para necesidades surgidas de la visión de mundo del trabajo que tenga el trabajador."(20)

Ventajas de la formación:

- Aumento de la productividad de sus empleados.
- Facilidad para incorporar nuevos sistemas de trabajo.
- Incorpora nuevos conocimientos en muchos casos sobre nuevas tecnologías a aplicar en su puesto de trabajo.
- Recicla conocimientos ya adquiridos.
- Crea motivación al sentir el interés de su empresa por su mejora constante.
- Promociona e integra socialmente al trabajador. (19)

6.6.1.- FORMACIÓN EN LA UNIDAD

Uno de los objetivos en el pacto de gestión de 2014 fue potenciar la actividad programada de formación en el servicio.

Tabla 6- Formación en el servicio

Fecha de realización	Duración	Curso
Febrero de 2014	5 horas	Formación de aplicación informática de registro enfermería a la que acudieron el 87% de las enfermeras
Junio del 2014	2 horas	Formación en trabajo de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA): Formación de dos horas que se impartió para todo el personal en sobre cuidados de pacientes de traumatología que son sometidos a cirugía ambulatoria.
Junio del 2014	4 horas	Curso de Reanimación Cardiopulmonar avanzada: asistió el 75% del personal de enfermería.
Octubre de 2014	1 hora	Formación en la aplicación de prescripción digital a la que acudieron el 93% de las enfermeras
Enero 2015	1.5 horas	Formación en programa para transfusión sanguínea. Asistió el 92% de las enfermeras.
Abril de 2015	5 horas	Formación de aplicación informática de enfermería a la que acudieron el 87% de los auxiliares

Desde la intranet del HG, vía web, existe un registro de actividades de formación; dicho registro refleja la realización de cursos y jornadas organizados o no por la unidad, y a los que el trabajador asiste voluntariamente relacionados con la profesión.

6.6.2.- PUBLICACIONES Y PARTICIPACIÓN EN COMITÉS Y JORNADAS.

Publicación en la revista PULSO del mes de diciembre de 2014 el póster titulado: Empleo de la técnica “movimiento continuo pasivo (CPM)” con kinetec en postoperatorio de Prótesis Total de Rodilla realizado por tres enfermeras de la unidad.

Participación de la JUE en el comité de Rehabilitación Neurológica, del cual se realiza una reunión trimestral.

Participación de la JUE en las 26 jornadas de enfermeras gestoras celebrado en Abril

de 2015 en Pamplona, presentando una comunicación en formato póster. “Organización por secciones de una unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología”

Participación de la JUE en las IX jornadas de enfermeras coordinadoras de recursos materiales presentando una comunicación en formato póster. “Impacto económico de la digitalización de una unidad de enfermería”.

6.6.3.- TUTORIZACIÓN DE ALUMNAS

La unidad pertenece a un hospital docente con convenios con una universidad pública y otra privada.

Igualmente existen convenios con dos escuelas profesionales de auxiliares de enfermería.

La actividad docente está muy arraigada y todo el personal participa en ella, la colaboración es total con los centros docentes y con su programación y evaluación.

Alumnas Grado de Enfermería:

Del 25/11/2013 al 17/1/2014: Tres alumnas, Practicum II

Del 12/05/2014 al 18/06/2014: Tres alumnas, Practicum I

Del 24/11/2014 al 16/1/2015: Dos alumnas, Practicum II

Del 27/04/2015 al 12/6/2015: Dos alumnos, Practicum I

Del 27/04/2015 al 12/6/2015: Dos alumnos, Practicum III

Alumnos A.E.:

Del 21/10/2013 al 21/02/2014: Tres alumnos

Del 25/10/2015 al 23/02/2015: Cuatro alumnos

6.7.- RESULTADOS

6.7.1.- INDICADORES DE ACTIVIDAD

Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido los indicadores como “variables que sirven para medir los cambios”(21).

Son necesarios para poder objetivar una situación determinada y a la vez poder evaluar su comportamiento en el tiempo mediante su comparación con otras situaciones que utilizan la misma forma de apreciar la realidad. En consecuencia, sin ellos tendríamos dificultades para efectuar comparaciones.

En la evolución de la actividad asistencial se pueden comparar los datos de determinados indicadores en los años 2012, 2013, 2014 y 2015; estos indicadores de salud son instrumentos de evaluación que permitirán determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición.

- Evolución de la actividad asistencial

Tabla 7- Datos de actividad de la unidad

ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACION	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015
INGRESOS				
Camas en funcionamiento	50	52	46	48
Ingresos programados	1975	1994	2259	2302
Traslados internos	720	970	762	796
Total ingresos	2696	2919	3035	3103
Total estancias	12027	12696	9954	10096
ALTAS				
Altas médicas	1993	2080	2314	2342
Éxitus	0	0	1	0
Altas por otras causas	75	77	29	5
Altas a otros centros	13	5	1	2
Altas por traslado interno	645	750	699	740
Total altas	2726	2912	3044	3091
INDICES ACTIVIDAD				
Estancia media	4.5	4.3	3.3	3.3
Índice de ocupación	65.9	66.9	59.3	57.6
Promedio diario de pacientes	33	34.8	27.3	27.7
Índice de rotación	4.5	4.7	4.7	5.4

Fuente: Servicio de Medicina Preventiva

El número de camas en funcionamiento es de 52 en la unidad. En 2014 y 2015 la media anual de camas en funcionamiento disminuyó debido principalmente al cierre de parte de ellas en periodo estival.

El total de ingresos ha ido en aumento, hay que tener en cuenta que en 2012 la clínica contaba con cuatro quirófanos de ortopedia y la cifra de quirófanos se duplicó a partir de mayo de 2013 lo que supuso un aumento considerable de las intervenciones. Además de esto en abril de 2014 se comenzó con la organización por secciones, siendo la unidad de hospitalización “A” la responsable de los pacientes de rodilla, extremidad superior y pie. Estas dos últimas secciones generan un alto número de ingresos ya que sus estancias son más cortas, generalmente uno o dos días, mientras que las de cirugía protésica por regla general son de un mínimo de ocho.

El elevado número de traslados internos se relacionan con la vuelta del paciente de la recuperación postanestésica que realiza una estancia de 24 horas en la unidad de reanimación; Toda la cirugía protésica realiza dicha estancia por lo que este dato también puede servir para valorar el número de prótesis que se han implantado cada año en la unidad.

Han mejorado notablemente las estancias medias y los índices de ocupación han mejorado a partir de la nueva organización.

2014 y 2015 son años muy semejantes en todos los ítems valorados.

6.7.2. GESTION DEL GASTO

Utilizar racionalmente el material sanitario manteniendo y/o disminuyendo el coste de material fungible por estancia y/o actividad es uno de los objetivos en la gestión del gasto.

Tabla 8- Consumo anual en euros

AÑO	2012	2013	2014
Importe total (euros)	30.941	35.962	38.125

Fuente: elaboración propia

Tras el análisis de artículos y el importe de los mismos en los años 2012, 2013 y 2014 se llega a las siguientes conclusiones:

El aumento del gasto se relaciona principalmente con la subida de determinados productos ya que el número de artículos solicitados es menor cada año.

En 2014 el gasto en todos los productos ha sido también menor. La subida en el importe total es debida al material ortoprotésico que en los años anteriores no se imputaba a la unidad.

Actualmente no se disponen de datos de 2015 por lo que no es posible entrar en valoraciones.

6.7.3.- OBJETIVOS 2013, 2014 y 2015 (Anexo 6)

- **Objetivos 2013.**

1.- Contribuir mediante la actividad asistencial del equipo de enfermería a la consecución de la actividad el servicio.

Se valoró el cuadro de mando de ingresos, altas e índices (EM, I.O., PAC/DIA, I.R, P.U) y se consideró este objetivo cumplido

2.- Utilizar racionalmente el material sanitario manteniendo y/o disminuyendo el coste de material fungible por estancia y/o actividad.

Este objetivo también se cumplió y se justificó con el informe desarrollado en el control de gestión de gastos.

3.- Mantener y/o disminuir las caídas evitables producidas en la unidad.

Se cumplimentó el registro de caídas, el número había disminuido respecto al año anterior. Se consideró este objetivo cumplido.

4.- Gestión específica de las dietas en el nuevo modelo externalizado de cocina.

Se adoptó “dietools” como herramienta para la gestión de dietas meses antes de la implantación de la aplicación enfermera y se establecieron circuitos con la empresa para el servicio a la unidad cumpliéndose el objetivo.

- **Objetivos 2014.**

TRANSVERSALES

1.- EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN SANITARIA

1.1 Mejorar la eficiencia de la atención, cuidados y autocuidados

- Plan de Cuidados Estandarizado Prótesis Total de Rodilla (PTR). Anexo 7
Realizado un plan de cuidados estandarizado en colaboración con la unidad de soporte del cuidado.
- Información a la familia o cuidador principal previa al alta.

Se revisan y realizan las modificaciones precisas en la información al alta de:

1. Prótesis de rodilla
2. Artroscopia de rodilla
3. Pacientes portadores de escayola
4. Uso de bastones ingleses

En el mes de diciembre se hace un muestreo y se entregan al 70% de los pacientes.

1.2 Mejorar los resultados en seguridad del paciente

- Guía de acogida al personal de nueva incorporación a Unidad.
Realizada guía de acogida según el formato que fue enviado.

2.- FORMACIÓN, DOCENCIA Y DESARROLLO

2.1 Colaboración en las actividades docentes

Colaborar en la máxima capacidad docente de los alumnos.
Colaboración total con los centros docentes y con su programación y evaluación.

2.2 Desarrollo de la Formación Continuada

- Potenciar la actividad programada de formación en el servicio

En este año en la unidad ha habido cambios considerables en la forma de trabajar, lo que ha llevado a realizar de forma prioritaria toda la formación relacionada con los mismos y desarrollada en el apartado 6.6.1. de este trabajo.

- Registro centralizado de actividades de profesionales en Intranet superando el estándar del 50%.

En el área del Aparato Locomotor en 2014, 75 personas han solicitado realizar acciones formativas y se han registrado 111 acciones. Estos datos apuntan a que se ha cumplido con el estándar marcado.

AREAS DE CUIDADOS

3.- COORDINACIÓN

3.1 Mejora de la coordinación interunidades e interniveles

- Participación en Comisiones y/o Grupos de Mejora para coordinación.
En la unidad se ha participado en el comité de Rehabilitación Neurológica que celebra una reunión trimestral.

4.- SOSTENIBILIDAD

4.1 Mejorar la información para la gestión

- Informar sobre actividad a los profesionales en reuniones de equipo.
Se realizan cuatro reuniones en el año para tratar temas de organización, se adjuntan dos actas.
- Informar sobre gestión de RRHH a los profesionales en reuniones de equipo
- Rotular los materiales de uso más habitual con su precio

En los dos últimos años se han visto cumplidos al 100 % los objetivos de la unidad gracias al esfuerzo de todas las personas que trabajan en ella.

- **Objetivos 2015**

1.- EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN SANITARIA

1.1 Mejorar la eficiencia de la atención, cuidados y autocuidados

- Informe de continuidad de cuidados a los pacientes con PTR

A fecha de 31 de diciembre de 2015 han sido validados un total de 115 informes.

En el mes de diciembre se realiza el muestreo y el 90 % de los pacientes son dados de alta con el informe de continuidad de cuidados, el cual previamente se ha enviado al centro de salud para retirada de puntos y/o seguimiento de

herida quirúrgica por la enfermera.

Se considera objetivo cumplido

- Información a la familia o cuidador principal previa al alta.

Se entrega la información al alta del portador de Prótesis Total de Rodilla.

En el mes de diciembre se hace un muestreo y se entregan al 70% de los pacientes.

Se considera objetivo cumplido.

1. 2 Mejorar los resultados en seguridad del paciente

- Implantación del Plan de Cuidados Estandarizado del paciente con PTR

No ha sido posible su implantación en IRATI por causas ajenas a nuestra voluntad.

Por ello este objetivo se ha prorrateado con el resto.

- Cronograma de actividades del personal en cada turno.

Se han realizado dos cronogramas, de enfermera y de auxiliar, en los que se describen de una forma organizada en el tiempo y por turno las tareas de ambas lo más detalladamente posible.

En el verano, que ya estaba realizado el de auxiliares de enfermería, se les entregaba a las sustituciones y realmente les ha sido muy útil.
Se considera objetivo cumplido.

2.- FORMACIÓN, DOCENCIA Y DESARROLLO

2.1 Colaboración en las actividades docentes

- Colaborar en la máxima capacidad docente de los alumnos.

Colaboración total con los centros docentes y con su programación y evaluación.

Alumnas DUE:

Del 24/11/2014 al 16/1/2015: Dos alumnas de la UPNA, Practicum II

Del 4/5/2015 al 12/6/2015: Tres alumnas de la UPNA, Practicum II y III
Del 23/11/2015 al 18/01/2016: Dos alumnas de la UPNA, Practicum II

Alumnos TCAE:

Del 6/10/2014 al 25/2/2015: Cuatro alumnos de TCAE

Se considera objetivo cumplido

2.2 Desarrollo de la Formación Continuada

- Potenciar la actividad programada de formación en el servicio

Los cambios en la forma de trabajar, nos ha llevado a realizar de forma prioritaria:

1.- Sesión de seguridad transfusional para enfermería (2 horas).

Asistieron el 94% del personal enfermero de la unidad.

- Días 20 y 21 de enero
Contenido: Conceptos generales sobre transfusión sanguínea
 - Informe de hemovigilancia
 - Reacciones adversas y errores de administración
 - Sistema de seguridad transfusional
 - Ciclo completo de Hemocod: extracción, infusión y recogida de envases.
 - Reacciones adversas relacionadas con la trasfusión: diagnóstico y actuación

2.- Formación en nuevos registros de auxiliares de enfermería (2 horas).

Asistieron el 94% del personal auxiliar de la unidad.

Días 9, 11 y 13 de marzo.

Contenido: Actualizar conocimientos relacionados con el programa de registro de A.E.

Presentar nuevos registros desarrollados y forma de utilización.

3.- También asistieron en alto porcentaje tanto enfermeras como auxiliares a los talleres organizados desde el programa de formación continuada en Atención a la Urgencia Vital.

Se considera el objetivo cumplido.

- Registro centralizado de actividades de profesionales en Intranet superando el estándar del 50%.

En la unidad de hospitalización en 2015, 70 personas han solicitado realizar acciones formativas y se han registrado 101 acciones. Estos datos apuntan a que se ha cumplido con el estándar marcado.

Se considera el objetivo cumplido.

- AREAS DE CUIDADOS

3.- COORDINACIÓN

3.1 Mejora de la coordinación interinidades e interniveles

- Participación en Comisiones y/o Grupos de Mejora para coordinación.

Participación de la J.U.E. de Anestesia y Reanimación en el grupo de trabajo de Plan de Atención a la Urgencia Vital del CHN.

Participación de la J.U.E. del Bloque Quirúrgico y Esterilización en el grupo de trabajo de Sostenibilidad del CHN.

Participación activa de la J.U.E. del Consultas Externas en el Grupo de Trabajo Desarrollo de Irati

Participación de la J.U.E. de la Planta Quinta en el comité de Rehabilitación Neurológica del CHN

Participación de los J.U.E.s de la tercera y quinta planta en el grupo de trabajo de celadores y auxiliares.

Se considera el objetivo cumplido.

4.- SOSTENIBILIDAD

4.1 Mejorar la información para la gestión.

- Publicar gráfica de evolución trimestral del gasto por familias de material.

No ha sido posible actualizar datos de los dos últimos trimestres ya que por circunstancias ajenas a nosotros no nos han sido facilitados. Sin embargo sí se ha publicado en el tablón de las unidades todos los datos que se tenían hasta la fecha junto con una comparativa con el año anterior.

Tabla 9: Gasto en material sanitario.

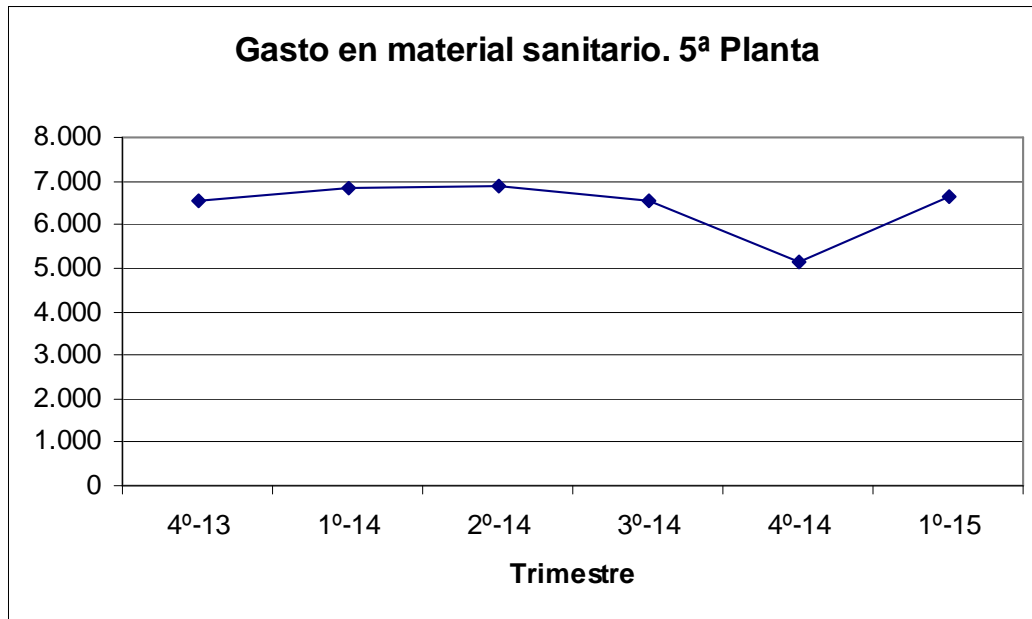
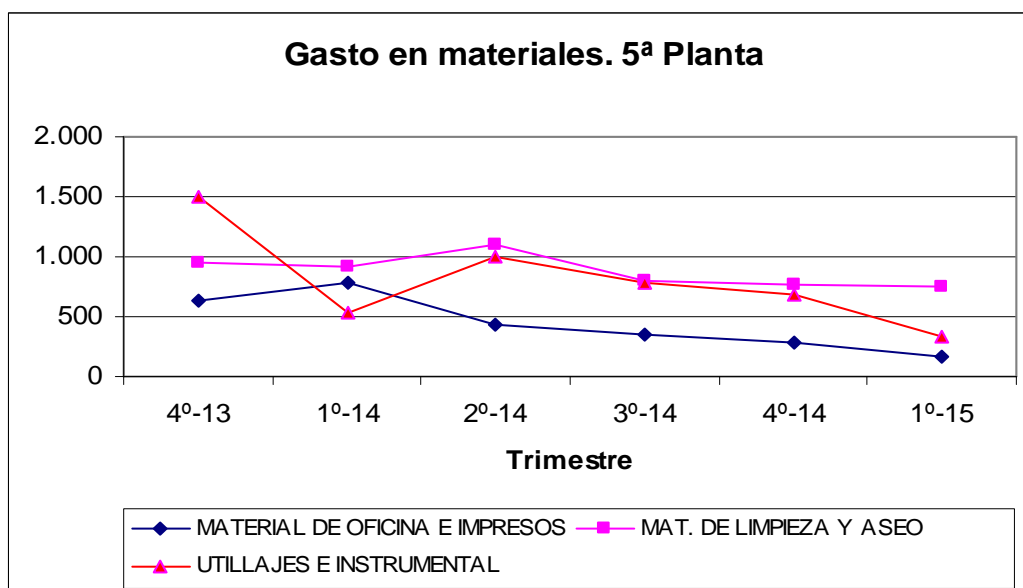


Tabla 10: Gasto en materiales por familias.



Se considera el objetivo cumplido.

- Publicar hitos relevantes sobre el gasto en la unidad.

Se realizan tres reuniones con el personal de la unidad en las que se aprovecha para explicar las gráficas de datos y hacer hincapié en el consumo racional de los recursos.

Se considera el objetivo cumplido

6.8.- CAMBIOS EN LA UNIDAD

Las unidades de hospitalización son unidades en un constante cambio, cambios que discurren en el devenir diario muchas veces sin que se sea consciente de ellos y cambios sustanciales que obligan a una reestructuración mental y en la forma de trabajar.

En el período de estudio ha habido una evolución muy marcada en los procesos organizativos de la unidad, que ha sido mucho más discreta en lo que a cambios estructurales se refiere.

6.8.1.- CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA

- **Cambios en la estructura física.**

Desde su construcción en 1975 no se han realizado cambios sustanciales en la unidad, de hecho son muchas las necesidades objetivables.

La primera medida que se tomó en el momento de la incorporación al puesto de la actual jefa de unidad fue acondicionar adecuadamente el mostrador que da paso al office y a la sala de curas.

El motivo fue garantizar la custodia de las historias clínicas de los pacientes ingresados. Se adquirió un armario bajo con tres estanterías y se colocó dentro del mostrador. En el primer estante estarían las historias de los pacientes que ese día iban a ser intervenidos y en el segundo las historias de los que ese mismo día eran dados de alta. El personal asimiló este sistema con rapidez y se constata la mejora en orden y comodidad al tiempo que se cumple con la confidencialidad a la que la ley obliga.

Respecto a la sala de enfermeras, a raíz del cambio de registros de papel a soporte informático se consensó con el equipo de enfermería una reorganización del mobiliario. Se vio preciso colocar una mesa alargada que permitiera poner los ordenadores portátiles y se dejó otra grande con dos ordenadores fijos y un tercero en una pequeña mesa junto al teléfono.

Se consensó el stock de botiquín de la unidad con el servicio de farmacia. Se rotularon todos los cajetines de medicación con principio activo dejándose dos listas, de principio activo/nombre comercial y de nombre comercial/principio activo.

En el verano de 2014, aprovechando el cierre estival de parte de las camas, el servicio

mantenimiento revisó las habitaciones, ajustando el sistema de climatización, alargando los cables de los timbres, aislando los balcones para evitar la entrada de frío, revisando cada cama...

En 2015 se aprobó la instalación de timbres con intercomunicador en cada habitación.

Lo positivo de la estructura física son los amplios pasillos y la gran iluminación que tienen la mayoría de las habitaciones.

En un futuro sería preciso realizar una reforma encaminada a la desaparición de las habitaciones cuádruples convirtiéndolas en dobles e individuales.

- Cambios en la organización de recursos humanos.

En enero de 2013 el personal de enfermería estaba distribuido de la siguiente manera:

Tabla 11- Distribución de presencias a 1 de enero de 2013

ENFERMERA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Mañana	4+1 JUE	4+1 JUE	4+1 JUE	4+1 JUE	4+1 JUE	4	4
Tarde	3	3	3	3	3	2	2
Noche	2	2	2	2	2	2	2

A.E.	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Mañana	4	4	4	4	4	4	4
Tarde	3	3	3	3	3	2	2
Noche	2	2	2	2	2	2	2

Fuente: elaboración propia.

El 1 de abril de 2014 se modificaron las presencias en fin de semana, ya que la reorganización por secciones dio la posibilidad de reducirlas debido al gran número de altas que se daban el sábado por la mañana.

Tabla 12- Distribución de presencias a 1 de abril de 2014

D.U.E.	SABADO	DOMINGO
Mañana	4	3
Tarde	2	2
Noche	2	2

A.E.	SABADO	DOMINGO
Mañana	3	3
Tarde	2	2
Noche	2	2

Fuente: elaboración propia.

Con la plantilla de enfermeras que existía en dicho momento (12 a jornada completa y 1 a media jornada) se generaba un exceso de horas anuales que debía ser compensado en período estival. Esto creaba malestar en la plantilla ya que se veían sobrecargadas de turnos el resto del año.

Tras un reajuste de personal a nivel de todo el centro la enfermera de media jornada pasó a completa absorbiendo el exceso horario de sus compañeras.

Se objetivó que durante la semana en turno de mañana era necesario un refuerzo a primera hora para hacer los ingresos ya que las enfermeras de la unidad tenían gran dificultad para atenderlos al coincidir con otras actividades, y esto podía conllevar retrasos en la cirugía. Desde Septiembre de 2014 se cuenta con una enfermera 1,5 horas para realizar esta actividad de martes a jueves. El viernes cubre 4 horas debido al gran número de altas generadas.

- **Cambios en recursos materiales.**

Los cambios más notables se han producido en relación con el servicio de farmacia, equipamiento informático y material ortoprotésico.

Farmacia: En 2013, el pedido de farmacia de cada paciente se servía previa solicitud manuscrita del tratamiento por la enfermera responsable que trabajaba en el turno de noche. A día de hoy este pedido está informatizado, siendo directamente la farmacéutica quien lo valida y sirviéndose a las 15 horas a la unidad. Esto ha supuesto una reducción considerable de la carga de trabajo de la enfermera del turno de noche.

Se realizó un impreso de solicitud de botiquín por el servicio de farmacia. La responsable de dicha petición es la JUE que lo envía vía mail desde abril del 2014.

A partir de 2015 los estupefacientes se han incluido en el carro de la unidad, hecho que no ocurría hasta entonces.

Equipamiento informático: Para llevar a cabo el proceso de digitalización fue necesaria la compra de cuatro ordenadores portátiles y uno de sobremesa.

Material ortoprotésico: En 2013 el servicio de compras estaba al margen del proceso de solicitud del material. Cuando el facultativo precisaba algún material se llamaba directamente al ortopeda, se cumplimentaba un impreso y una vez servido, se ponía en conocimiento del servicio de compras.

Desde septiembre de 2014 es el propio servicio de compras quien realiza los pedidos previa solicitud vía informática de la JUE.

En ese mismo momento se incluyó en el catálogo de la unidad el calzado ortopédico, material que antes no entraba en la cartera del centro, y que ha supuesto un aumento notable del gasto.

6.8.2.- CAMBIOS EN PROCESO ASISTENCIAL

A la actividad asistencial de la unidad le han influido los cambios acaecidos en el Hospital General y en el centro monográfico.

- Análisis de la situación.

La situación de partida: En Mayo de 2013, siguiendo con el camino ya iniciado con otros servicios se procedió a unificar el de Cirugía Ortopédica y Traumatología; en concreto la integración del mismo afectaba a profesionales que trabajaban en dos hospitales terciarios, un centro monográfico y cuatro centros de especialidades ambulatorias.

La cirugía ortopédica de dichos centros pasaba a realizarse en un hospital monográfico que forma parte de un hospital terciario.

Dicho centro contaba anteriormente con cuatro quirófanos, sin embargo para el momento de la unificación se había construido un nuevo bloque quirúrgico que duplicaba el número de quirófanos, un total de ocho quirófanos, dos de ellos dedicados a la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), que también generaban ingresos.

Las unidades de hospitalización seguían siendo dos, con 42 camas en la unidad “B” y 52 en la unidad “A” (40 Cirugía Ortopédica y 12 Rehabilitación Neurológica).

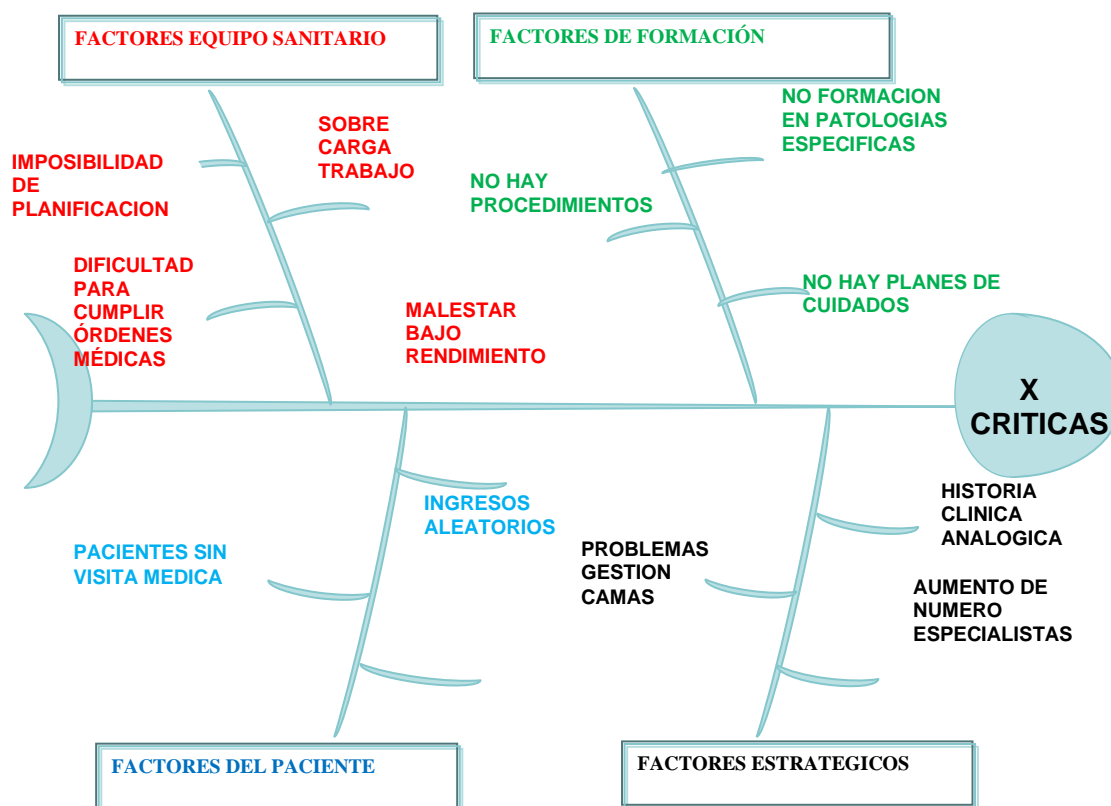
La situación de partida estaba basada en que las dos unidades de Hospitalización del Centro eran receptoras de los pacientes de manera aleatoria, sin criterios claros de organización, normalmente en función de la costumbre y del grado de ocupación.

Para realizar el plan de mejora lo primero que se debía hacer era analizar la situación para ver realmente cuales eran los problemas y de ahí extraer las posibles soluciones.

Un diagrama de Causa y Efecto es la representación de varios elementos (causas) de un sistema que pueden contribuir a un problema (efecto). Es una herramienta efectiva para estudiar procesos y situaciones, y para desarrollar un plan de recolección de datos y fue la elegida en esta ocasión.(22)

Dicho diagrama debe identificar el problema, las principales categorías dentro de las cuales pueden clasificarse las causas del problema e identificar las causas.

Figura 13: Diagrama de Causa y Efecto de la unidad de hospitalización “A”



Fuente: Elaboración propia

Tras identificar las X críticas (problemas) el siguiente paso era decidir las medidas que se iban a instaurar para solucionarlos. Para esto se numeraron las causas detectadas y mediante diferentes reuniones del equipo directivo se implantaron medidas para cada una de ellas.

- Necesidades detectadas tras la unificación del servicio.

Problema 1: Mezcla de secciones/ingresos aleatorio en las dos unidades de hospitalización.

Previamente a la unificación los ingresos en la unidad de hospitalización se realizaban de modo aleatorio y dependiendo de la ocupación de cada una de las unidades.

En el momento del proceso unificador para la Cirugía Ortopédica, en un mismo centro, se crean seis secciones médicas: Cadera y Tumores, Rodilla I y II, Raquis, Extremidad Superior y Pie.

Se produce la asignación de facultativos a cada sección.

Intervención propuesta: Asignación de Unidades de Hospitalización a cada sección médica. Se realiza en función de las necesidades de camas y actividad quirúrgica de cada una.

La asignación camas/secciones se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 13: Distribución secciones Cirugía Ortopédica en unidades de hospitalización

Unidad de hospitalización A	Unidad de hospitalización B
<ul style="list-style-type: none"> Sección Rodilla : 24 camas 	<ul style="list-style-type: none"> Sección Raquis: 24 camas
<ul style="list-style-type: none"> Secciones EESS y pie: 8 camas 	<ul style="list-style-type: none"> Sección Cadera: 18 camas
<ul style="list-style-type: none"> RHB-neurología: 12 camas 	

Fuente: elaboración propia

Problema 2: Visita médica.

La creación de las secciones dio la posibilidad de instaurar un horario para la visita médica de manera eficiente, ya que la llegada de facultativos de los diferentes centros exigía una organización que evitase problemas en la comunicación, y posibilitara llevar a cabo las órdenes médicas y los cuidados del paciente de manera eficiente.

Intervención propuesta: En la nueva organización se instaura la figura del responsable médico de la Unidad de Hospitalización, y se determina un horario para la realización de la visita médica.

Se establecen horarios de pase de visita para cada sección y posteriormente el responsable médico estará localizado para resolver problemas que fueran surgiendo a lo largo de la mañana.

Pase visita médica lunes a viernes:

Unidad de hospitalización "A"

- EESS: Inicio pase de visita 8:00 horas
- Pie: Inicio pase de visita 8:00 horas
- Rodilla: Inicio pase de visita 9:00 horas
- RHB-neurología: Inicio pase de visita a las 9:30 horas

Problema 3: La heterogeneidad de patologías dificultaba la formación específica.

Intervención propuesta: Realizar la formación específica del personal respecto a las características del paciente de su unidad.

Esta formación se refiere a los procesos con una mayor incidencia en cada sección médica que se asignan. En la unidad el 70% de ingresos está relacionado con las dos unidades de rodilla y la principal cirugía es la Prótesis Total de Rodilla (PTR).

En la actualidad se está preparando la sesión clínica de cuidados del paciente intervenido de Prótesis Total de Rodilla y ya tiene fecha de presentación en abril en la unidad.

Problema 4: Ausencia de Planes de Cuidados Enfermeros

Intervención propuesta: Creación de planes de cuidados estandarizados.

En 2014 se realiza el Plan de Cuidados Estandarizado de PTR además de las recomendaciones al alta de enfermería.

Problema 5: Órdenes médicas e historia clínica analógicas

En el centro hasta Abril de 2014 seguía trabajándose en formato papel; las órdenes médicas, la evolución del paciente, el evolutivo de enfermería, las hojas de tratamiento etc.

Intervención propuesta: Implantación del programa informático propio de enfermería. Requirió consolidar el uso de la historia clínica informatizada por parte de los médicos y organizar formación específica para personal de enfermería.

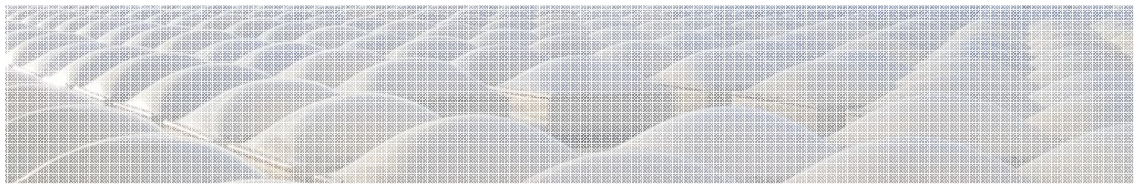
Más recientemente se ha añadido un módulo de prescripción electrónica a la historia clínica informatizada y al programa de enfermería.

También se ha desarrollado la aplicación informática para solicitud y uso de sangre y hemoderivados, programa que ofrece una mayor seguridad para el paciente.

Tabla 14- Cronograma de implementación de intervenciones propuestas.

	Intervenciones realizadas
Febrero de 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Se imparte formación a las enfermeras en la aplicación propia de registro de enfermería, una formación de dos días impartida por enfermeras especializadas en soporte de historia clínica. • Se realiza una hoja de ruta para consensuar las medidas a implantar con el servicio de Traumatología.
Marzo de 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Se comienza a trabajar en la aplicación enfermera y simultáneamente los facultativos empiezan a registrar el curso clínico en historia clínica.
Abril de 2014	<ul style="list-style-type: none"> • El 1 de Abril de 2014 se comienza con la implantación de las medidas: <ol style="list-style-type: none"> a) El Pase de Visita se realizará a la hora designada. b) El Pase de Visita quedará recogido en curso clínico en la Historia Clínica Informatizada (HCI). c) Diariamente se establecerá un responsable facultativo del Servicio de Traumatología y Ortopedia por unidad de hospitalización para realizar toda la tarea asistencial.
Octubre de 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de Farmacia: Cada enfermera acude a una sesión formativa de una hora de duración sobre la aplicación informática del servicio de Farmacia. • Introducción del programa de prescripción informatizada del servicio de Farmacia.
Enero de 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Se instaura el programa informático de transfusión sanguínea tras impartir previamente formación.
Marzo de 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Se imparte formación a los auxiliares de enfermería en la aplicación propia de registro de enfermería, una formación de cuatro horas impartida por enfermeras especializadas en soporte de historia clínica. • Se comienza a realizar el registro de actividad de auxiliares de enfermería en la aplicación informática.

7.- ANÁLISIS ESTRATÉGICO



Tras realizar el análisis externo e interno de la unidad, y de cara a plantear propuestas de mejora, se utilizará la matriz DAFO.

7.1.- MATRIZ DAFO

La matriz de análisis DAFO es una conocida herramienta estratégica de análisis de la situación de la empresa. El principal objetivo de aplicar la matriz DAFO en una organización, es ofrecer un claro diagnóstico para poder tomar las decisiones estratégicas oportunas y mejorar en el futuro. Su nombre deriva del acrónimo formado por las iniciales de los términos: debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades.(23)

ANÁLISIS EXTERNO

En el análisis externo se identifican los factores externos claves para la unidad. Se debe tener un especial cuidado dado que son incontrolables e influyen directamente en su desarrollo.

La matriz DAFO divide por tanto el análisis externo en oportunidades y en amenazas.

- Oportunidades: representan una ocasión de mejora. Las oportunidades son factores positivos y con posibilidad de ser explotados.
- Amenazas: pueden poner en peligro el funcionamiento adecuado de la unidad o en menor medida afectarla. Si se identifica una amenaza con suficiente antelación se puede evitar o convertirla en oportunidad.

ANÁLISIS INTERNO

En el análisis interno se identifican los factores internos claves, como por ejemplo los relacionados con: calidad de servicio, organización, etc. En definitiva se trata de realizar una autoevaluación, dónde la matriz de análisis DAFO trata de identificar los puntos fuertes y los puntos débiles de la unidad.

- Fortalezas: Son todas aquellas capacidades y recursos con los que se cuenta para explotar oportunidades y conseguir construir ventajas.
- Debilidades: Son aquellos puntos de los que se carece o simplemente de aquellos en los que se puede mejorar.

Una vez terminado el análisis DAFO se trata de aprovechar los puntos fuertes para obtener el máximo partido de las oportunidades, y reducir las amenazas detectadas, corrigiendo o eliminando los puntos débiles.

MATRIZ DAFO

	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
E X T E R N O	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Salud 2014-2020 • Apoyo institucional. Reuniones periódicas con dirección de enfermería. • Intranet del hospital. • Formación de grupos de trabajo. • Implantación en breve de planes de cuidados. • Herramientas de trabajo informático adecuadas. • Colaboración con el área de enfermería de innovación de cuidados y desarrollo. Presencia en el centro. • Proximidad de quirófano, rehabilitación, UVI, rayos y laboratorio • Almacén y farmacia en el mismo centro. • Jefa de guardia de enfermería. • Inexistencia de puerta de urgencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis económica • Envejecimiento de la población • Mayor exigencia en la atención. • Amplia lista de espera primeras consultas y de espera quirúrgica • Sistema de contratación • Aplicaciones dependientes de red como historia clínica, farmacia, cocina. • Ausencia de registros centralizados de absentismos y contratación centralizados. • Ausencia de reuniones periódicas con el resto de servicios médicos. • Necesidad de reformas estructurales. • Almacén y farmacia cerrados a partir de las 15 horas y fines de semana. • Distancia física del resto de instalaciones del hospital general.
	FORTALEZAS	DEBILIDADES
I N T E R N O	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores cualificados con gran experiencia y fijos. • Presencias bien ajustadas por turno. • Personal motivado de cara a formación • Personal riguroso en registros. • Comunicación fluida con la JUE. • Plan de acogida a personal de nueva incorporación. • Pacientes exclusivamente de cirugía ortopédica y rehabilitación neurológica. • Paciente no urgente y en la mayoría de las ocasiones no gran pluripatológico. • Cronograma de trabajo bien estructurado y organizado 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para el trabajo en equipo. • Resistencia al cambio en parte de la plantilla. Poca flexibilidad. • Dificultad para realizar reuniones periódicas con todo el personal. • Incertidumbre en personal de enfermería a la hora de decidir a qué especialista acudir según el evento. • No disposición de pool. • Dificultad a la hora de realizar vías clínicas por la gran variabilidad médica. • Protocolos obsoletos. • Circuito de solicitud de material ortoprotésico poco ágil.

ANALISIS EXTERNO

1.- OPORTUNIDADES

1.1.- Ámbito político:

- Plan de Salud 2014-2020: Dentro del plan de salud se formularon diferentes metas en las que se concretan los objetivos específicos a conseguir para contribuir al logro de los objetivos de resultados previstos.(24)

La meta en la que más se implica la unidad es la de disminuir la discapacidad y promover la autonomía personal.

La especialidad de traumatología y la de rehabilitación neurológica tienen como objetivos:

- Reducir las causas evitables de discapacidad.
- Promover la máxima recuperación funcional tras episodios generadores de discapacidad y dependencia.

1.2.- Ámbito hospital general:

- Reuniones periódicas con dirección de enfermería: Dirección accesible ante necesidades y propuestas con reuniones mensuales.
- Intranet del hospital: Continua mejora en la intranet del centro como sistema de información y comunicación.
- Formación de grupos de trabajo de guías de cuidados de vías periféricas y paciente con ICTUS.
- Implantación en breve de planes de cuidados mediante aplicación informática de enfermería.
- Herramientas de trabajo informático adecuadas: Aplicación enfermera y de A.E., aplicación de farmacia integrada, aplicación de cocina, notificación de sucesos.

1.3.- Ámbito centro monográfico

- Colaboración con el área de enfermería de desarrollo en cuidados e innovación: Accesible y con una persona de presencia continua por la mañana en el centro.
- Proximidad de quirófano, rehabilitación, UVI, radiología y laboratorio: La estructura física del centro brinda la oportunidad de realizar todo el proceso desde la consulta hasta el alta en el mismo edificio.
- Almacén y farmacia en el mismo centro: Facilita la respuesta a necesidades específicas de una manera eficaz en horario de mañana.
- Jefa de guardia ubicada en el centro de lunes a viernes con turno de tarde: Profesional con gran experiencia y conocimiento de centro monográfico que resulta muy resolutive en momentos en los que los jefes de unidad no se encuentran en el centro.
- No existencia de puerta de urgencias: Centro que no tiene entrada de pacientes por la urgencia lo que evita ingresos no programados.

2.- AMENAZAS

2.1.- Ámbito social

- Crisis económica: en los últimos años el contexto socioeconómico ha variado de manera muy significativa. Aunque se mantienen unos indicadores socioeconómicos globales favorables, la crisis ha impactado notablemente en la tasa de desempleo lo que está repercutiendo en los indicadores de cohesión social, y de perdurar esta situación podrían afectar a los indicadores de salud, con especial repercusión entre los colectivos socialmente más desfavorecidos.(23)
- Envejecimiento de la población: Entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22%.

La artrosis es una patología íntimamente relacionada con el envejecimiento, su prevalencia se incrementa con los años siendo prácticamente universal su presencia en personas mayores.

Cuando la artrosis es muy avanzada y el paciente no puede realizar una vida normal, es el momento de plantear la intervención quirúrgica.

El envejecimiento de la población supone que cada vez haya más pacientes subsidiarios de la implantación de una prótesis.

Según la OMS: “No disponemos de pruebas que indiquen que las personas de edad gocen actualmente de mejor salud que la que tuvieron sus padres.”(25)

- Mayor exigencia en la atención tanto de cuidados como de aspectos hoteleros: La satisfacción del paciente es el indicador fundamental de la calidad asistencial. Debemos destacar la importancia que ha cobrado en la actualidad la orientación de los servicios de salud hacia las necesidades de los pacientes, ofreciendo nuevos enfoques a los nuevos problemas y nuevas soluciones a los nuevos entornos tecnológicos y sociales.

La consideración de que el ciudadano cuenta con escasos o nulos conocimientos sobre las características de los servicios que se le prestan ha dado paso a una situación en la que representa un papel de agente activo en la organización sanitaria.(26)

2.2.- Ámbito político.

- Gran demanda de primeras consultas y de intervenciones lo que genera lista de espera elevada: Una de las estrategias en gestión de servicios sanitarios en el Plan de Salud de Navarra es la gestión y priorización de listas de espera.(27)

2.3.- Ámbito hospital general.

- Sistema de contratación: Sistema de contratación centralizado por listas públicas en las que no se valora el conocimiento de la unidad.
- Aplicaciones dependientes de red como historia clínica, farmacia, cocina: igual que se puede ver como una oportunidad el poder acceder a todo lo relacionado con el paciente en red, ante cualquier problema con la misma se pierde toda la información de una vez.
- Ausencia de registros de ausencias y contratación centralizados: El desconocimiento de datos pormenorizados de absentismo y contratación no permite hacer comparativas con otros centros o periodos de tiempo.

2.3.- Ámbito centro monográfico.

- Ausencia de reuniones periódicas con los Jefes de Servicio/Sección Médicos.
- Necesidad de reformas estructurales: Problemas con el tejado, cañerías, montacargas habitualmente estropeado.
- Almacén y farmacia cerrados a partir de las 15 horas y fines de semana: Este cierre obliga a personal de la planta a ausentarse de la unidad en el intervalo de tiempo en que se dirigen a buscar los fármacos que se precisan de manera urgente y no están en la unidad.
Aparte de esto supone una falta de control ya que la farmacia debería ser un servicio con acceso restringido.
- Distancia física considerable de la ciudad donde está el hospital general: Centro situado en un entorno rural a 12 kilómetros.
La distancia conlleva dificultad de acceso para pacientes y trabajadores ya que únicamente viene un autobús cada hora.
Ante una urgencia médica que supere los recursos de la estructura es preciso realizar el traslado al Hospital General en ambulancia.

ANALISIS INTERNO

3.- FORTALEZAS

3.1.- Personal

- Trabajadores cualificados, con gran experiencia y fijos: El personal de la unidad cuenta con una antigüedad media de 15 años trabajando en la misma, esto supone un conocimiento del medio y la especialidad muy amplio.
- Presencias bien ajustadas por turno: Contar con personal suficiente en cada turno asegura una calidad óptima en cuidados.
- Personal riguroso en registros: Los últimos datos de análisis de registro de actividad enfermera arrojan datos muy positivos respecto a la forma de trabajar en este aspecto, los dispositivos, curas y tratamientos en las revisiones que se realizan están cumplimentados en su totalidad en más del 90% de los casos.
- Comunicación fluida con la JUE: Una de las funciones principales de la JUE es

escuchar activamente al personal con el propósito de fomentar una relación de confianza y ayuda mutua.

- Plan de acogida propio de la unidad a personal de nueva incorporación realizado por la JUE.

3.2.- Formación

- Personal motivado para realizar formación continuada: En todas las acciones que se han organizado la asistencia ha sido alta rozando en la mayoría de los casos el 95 % de los trabajadores.

3.3.- Cuidados

- Pacientes de cirugía ortopédica y rehabilitación neurológica, no hay pacientes periféricos de otras especialidades: Que el paciente tenga una patología tan concreta y se trate de una cirugía electiva hace que los profesionales tengan un conocimiento profundo de la patología. Están muy especializados.
- Paciente no urgente y en la mayoría de las ocasiones no gran pluripatológico: Aunque es cierto que el envejecimiento de la población tiende a la cronificación de mucha de la patología también hay que decir que en el caso del gran pluripatológico se sopesa mucho el intervenirlo de cirugía ortopédica si es mayor el riesgo que el beneficio.
- Cronograma de trabajo bien estructurado y organizado: El trabajo desde la división por secciones está más organizado, cada profesional sabe los pacientes de los que es responsable, el pase de visita es a primera hora de la mañana y salvo excepciones es posible organizar el turno de una manera muy eficiente.

4.- DEBILIDADES

4.1.- Personal

- Dificultad de trabajo en equipo: El clima laboral como medio en el que se desarrolla el trabajo influye directamente en la satisfacción tanto de los trabajadores como de los usuarios.

- Resistencia al cambio en parte de la plantilla: En experiencias previas de cambios al personal le ha costado entender la necesidad del mismo aunque finalmente lo han asumido.
- Dificultad para realizar reuniones periodicas con todo el personal: El turno rotatorio impide que se puedan hacer reuniones periódicamente con el personal, se convoca vía mail y con suficiente antelación una cada tres meses, pero claramente es insuficiente.
- Incertidumbre en el personal de enfermería a la hora de decidir a qué especialista acudir según el evento.
- No disposición de pool: El no disponer de personal de refuerzo hace que las ausencias surgidas con poco tiempo supongan mucho estrés a la hora de su sustitución.

4.2.- Estructura

- Circuito de solicitud de material ortoprotésico poco ágil: El circuito no tiene la agilidad necesaria para cubrir la demanda en el escaso margen de tiempo que hay entre la intervención quirúrgica y el momento en que debe colocarse.

4.3.- Cuidados

- Dificultad a la hora de realizar vías clínicas por la gran variabilidad de criterios médicos para un mismo proceso: No existen protocolos de actuación, la retirada de dispositivos, curas etc dependen de cada cirujano, protocolizar determinados procesos supondría una forma más eficiente de trabajo.
- Protocolos de enfermería no actualizados: Los protocolos de la unidad precisan una revisión ya que datan del año 2007, la informatización supuso un gran cambio en el proceso de ingreso y registros y hoy es el día en que todo ello no se ha actualizado en los protocolos.

7.2.- AREAS DE MEJORA

Estamos en un continuo proceso de cambio. En todo momento se puede mejorar y evolucionar tanto individualmente como en grupo y organización.

El objetivo de la matriz DAFO es permitir realizar un plan de mejoras enfocado a aumentar el nivel de calidad de la unidad. Se trata de una buena herramienta para la toma de decisiones y la formulación de propuestas.

El resultado del análisis es disponer un diagnóstico con el cual realizar una reflexión estratégica que permita superar las debilidades, reforzando a su vez las fortalezas.

Enmarcado en la Estrategia en Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España ha desarrollado una herramienta de apoyo la cual tras el análisis de los factores internos y externos de la organización permitirá realizar un gráfico de diagnóstico de la situación.(28)

Mediante una macro de Excel desarrollada por el propio Ministerio se ponderan subjetivamente los factores tanto del análisis externo como del interno.

En cada factor se valora:

- Peso o relevancia del factor. (la suma de pesos debe ser 100)
- Valoración de la organización (siendo 0 mal y 3 excelente)

Figura 14: Macro de cálculo de vector estratégico DAFO Unidad de hospitalización "A"

Figura 2.9. Matriz de causas y efectos de los riesgos de la Unidad de Hospitalización "A"

PROYECTO / SERVICIO:	UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN "A"
EDICIÓN: PRIMERA	REVISIÓN: 15/11/2015
FECHA:	

ANÁLISIS DAFO

TABLA DE CLASIFICACION	
3	Ideal - Mejor Imposible - Excelente impresión- Excede las expectativas- Genial
2	Por encima de la media - Mejor que la mayoría - No es habitual
1	En la media - Suficiente - Expectativa mejorable
0	No buena, puede generar problemas - Se puede mejorar

Debilidades	Peso (suma 100)	Valoración II (Nosotros) [de 0 a 3]	P x II (Nosotros)	Valoración I2 (Org. 2)	P x I2 (Org. 2)	Valoración I3 (Org. 3)	P x I3 (Org. 3)
1 EQUIPO	20	1	20	0	0	0	0
2 RESISTENCIA CAMBIO	20	1	20	0	0	0	0
3 REUNIONES	5	2	10	0	0	0	0
4 FUNCIONES MEDICAS	10	1	10	0	0	0	0
5 NOPOOL	5	0	0	0	0	0	0
6 HAB 4 CAMAS	10	1	10	0	0	0	0
7 VIAS CLINICAS	15	1	15	0	0	0	0
8 PROTOCOLOS	15	2	30	0	0	0	0
9			0	0	0	0	0
10			0	0	0	0	0
Suma	100		115	0	0	0	0

Amenazas	Peso (suma 100)	Valoración II (Nosotros) [de 0 a 3]	P x II (Nosotros)	Valoración I2 (Org. 2)	P x I2 (Org. 2)	Valoración I3 (Org. 3)	P x I3 (Org. 3)
1 CRISIS	10	1	10	0	0	0	0
2 ENVEJECIMIENTO	10	1	10	0	0	0	0
3 EXIGENCIA ATENCION	10	1	10	0	0	0	0
4 LISTAS ESPERA	10	2	20	0	0	0	0
5 SIST CONTRATOS	20	1	20	0	0	0	0
6 RED INFORMÁTICA	5	1	5	0	0	0	0
7 NO REGISTROS ASISTENTISIOS	15	2	30	0	0	0	0
8 NO REUNIONES MEDICAS	5	1	5	0	0	0	0
9 REFORMAS ESTRUCTURALES	5	0	0	0	0	0	0
10 FARMACIA Y ALMACEN CERRADOS	10	1	10	0	0	0	0
Suma	100		120	0	0	0	0

Fortalezas	Peso (suma 100)	Valoración II (Nosotros) [de 0 a 3]	P x II (Nosotros)	Valoración I2 (Org. 2)	P x I2 (Org. 2)	Valoración I3 (Org. 3)	P x I3 (Org. 3)
1 CUALIFICACION	15	1	15	0	0	0	0
2 PRESENCIAS OK	15	3	45	0	0	0	0
3 MOTIVADOS FORMACION	10	2	20	0	0	0	0
4 REGISTROS	10	1	10	0	0	0	0
5 COMUNICACIÓN FLUIDA	10	2	20	0	0	0	0
6 FCOTES EXCLUSIVOS	10	2	20	0	0	0	0
7 NO URGENCIAS	10	3	30	0	0	0	0
8 ORGANIZACIÓN	10	2	20	0	0	0	0
9 PLANACIOISIDA	10	1	10	0	0	0	0
10			0	0	0	0	0
Suma	100		190	0	0	0	0

Oportunidades	Peso (suma 100)	Valoración II (Nosotros) [de 0 a 3]	P x II (Nosotros)	Valoración I2 (Org. 2)	P x I2 (Org. 2)	Valoración I3 (Org. 3)	P x I3 (Org. 3)
1 PLAN SALUD	5	1	5	0	0	0	0
2 APOYO INSTITUCIONAL	10	2	20	0	0	0	0
3 INTRANET	10	2	20	0	0	0	0
4 GRUPOS TRABAJO	10	3	30	0	0	0	0
5 PLANES CUIDADOS	10	3	30	0	0	0	0
6 HERRAMIENTAS OK	5	1	5	0	0	0	0
7 DOCENCIA	15	3	45	0	0	0	0
8 PROXIMIDAD SERVICIOS	10	3	30	0	0	0	0
9 ALAMACENT Y FARMACIA	10	1	10	0	0	0	0
10 JEFA GUARDIA	15	2	30	0	0	0	0
Suma	100		225	0	0	0	0

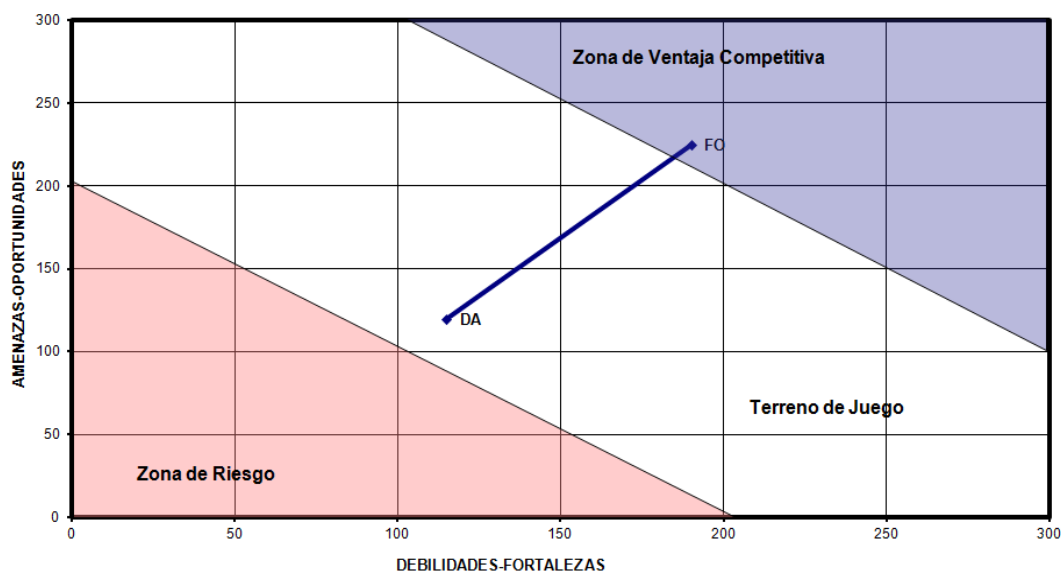
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

La aplicación ofrece la oportunidad de comparar la organización con organizaciones de similares características.

Los límites de las tres zonas del gráfico sólo serán aplicables si las valoraciones se han hecho conforme a las normas de los autores de la herramienta.

Del análisis matemático de estos datos obtendremos el vector estratégico DAFO.

Figura 15- Vector estratégico DAFO



Fuente: Elaboración propia

El gráfico muestra el promedio de los factores para el eje Debilidades-Fortalezas (eje de abscisas) y Amenazas-Oportunidades (eje de ordenadas).

La flecha azul indica el vector estratégico hacia la situación óptima.

Si el vector DAFO de la organización cae en la **Zona de Riesgo**, el servicio no está bien posicionado en su entorno. Dada su baja eficacia, será necesaria una revisión de la estrategia con el fin de robustecerla o modificarla.

Si cae en la **Zona de Ventaja Competitiva**, el servicio proporciona valor añadido a los clientes, se deberá potenciar la estrategia actual.

Si cae en el **Terreno de juego**, el servicio se adecua a la demanda, se deberá mejorar de forma continua.

Éste último es el caso de la unidad objeto de estudio. El servicio se adecua a la demanda, sin embargo se debe seguir trabajando en las diferentes áreas de una manera continuada.

El Plan de Mejora sirve para aumentar el nivel de gestión de la organización mediante la implantación de acciones de mejora críticas (relevantes para la organización).

Por otro lado, la elaboración, implantación y seguimiento de un Plan de Mejora sirve para introducir en la organización una cultura de mejora continua que permitirá una mayor satisfacción de las personas que prestan servicio en la unidad o área de trabajo y, como consecuencia, un incremento de la calidad del servicio ofrecido al ciudadano.

El Modelo EFQM refiere el término “Área de Mejora” para aludir a “todos aquellos aspectos de la organización que no funcionan de acuerdo a parámetros de excelencia, evitando de este modo presentarlos de forma negativa como “Debilidades”, e invitando así a la organización a realizar un diagnóstico de situación, en términos positivos y mirando al futuro.” (29)

Este es el momento de asegurarse de implementar las estrategias que lleven a obtener el máximo provecho de las oportunidades y minimizar las amenazas que se presentan en el entorno.

Para definir las propuestas de mejora es indispensable definir las estrategias a seguir para aprovechar todos los elementos identificados en el análisis DAFO.

Cada una de las estrategias deriva en oportunidades de mejora, todas ellas encaminadas a cumplir con la misión de la unidad:

“Proporcionar una atención óptima a los pacientes ingresados en la unidad y satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de cuidados de enfermería especializados, proporcionando una atención integral, oportuna y eficaz al paciente quirúrgico en sus diferentes etapas (pre y postoperatorio) a través de la aplicación del proceso de enfermería, con la máxima calidad y seguridad, basados en una atención integral, a través de acciones de apoyo en la enfermedad, de protección y fomento de la salud y ayuda en la reincorporación del individuo a la sociedad es nuestra misión y todas las propuestas de mejora deben ir dirigidas a ella.”(8)

Para ello se han clasificado las estrategias de mejora en:

- 1) F-O (Fortalezas-Oportunidades): Estas son las mejores estrategias para sacar el máximo provecho. Oportunidades de mejora:
 - Revisión y actualización de protocolos de la unidad.
 - Programación de sesiones clínicas por y para enfermería.

- 2) D-O (Debilidades-Oportunidades): Estas estrategias se generan para reducir o eliminar las debilidades de tal manera que no inhiban el aprovechamiento de las oportunidades. Oportunidades de mejora:
- Diseño circuito de material ortoprotésico de garantía: El circuito no tiene la agilidad necesaria para cubrir la demanda en el escaso margen de tiempo que hay entre la intervención quirúrgica y el momento en que debe colocarse.
 - Evaluación clima laboral en la unidad: El clima laboral debe ser evaluado ya que se evidencian déficits en las relaciones enfermera-auxiliar de enfermería.
 - Evaluación cargas de trabajo en paciente de rehabilitación neurológica: Los pacientes de rehabilitación neurológica generan una elevada carga de trabajo para los auxiliares de enfermería, se trata, por lo general, de pacientes con limitaciones neuromusculares que precisan manejo de grúas, soporte en la higiene y alimentación... además simultáneamente hay pacientes de traumatología para atender lo que produce un pico de demanda a primera hora de la mañana. Sería necesario hacer un estudio de cargas de trabajo de cara a plantear una solución estructural u organizativa.
- 3) F-A (Fortalezas-Amenazas): Estas estrategias se desarrollan para identificar las vías que se necesitan para reducir los efectos negativos de las amenazas que se presentan en el entorno. Oportunidades de mejora:
- Registro y análisis de datos de cobertura de ausencias: Todos los contratos que se realizan quedan registrados, sin embargo no hay un historial de ausencias sin cubrir.
- 4) D-A (Debilidades-Amenazas): Estas estrategias son muy importantes para prevenir que las amenazas debiliten a través de la vulnerabilidad que las debilidades generan. Oportunidades de mejora:
- Revisión de la asignación del número de camas por sección: La asignación del número de camas por sección no fue muy realista ya que habitualmente se superan de largo las 24 que se asignaron a la unidad de rodilla, teniendo que ingresar pacientes de dicha sección en camas de otra sección.
 - Sesiones periódicas de jefes de sección médica con JUE.(30)

Como se puede comprobar las oportunidades resultantes de las estrategias de mejora son varias. Desarrollar todas ellas simultáneamente sería imposible, por lo que para asegurar un aumento de la calidad de cuidados y atención al paciente y en base a razones de necesidad, a la misión de la unidad y a las posibilidades reales de implementarlas satisfactoriamente se toma la decisión de desarrollar las siguientes:

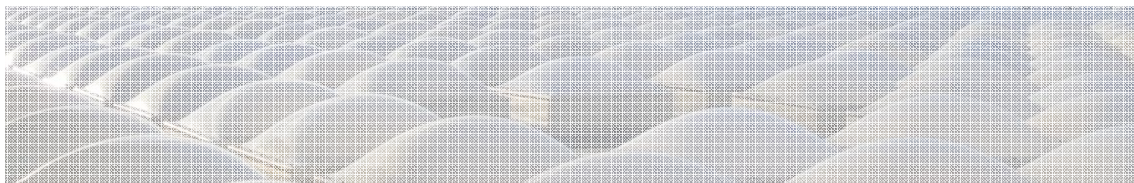
Propuesta de mejora 1: Revisar y proponer la publicación en intranet del repositorio de protocolos de enfermería de la unidad.

Propuesta de mejora 2: Diseñar un circuito de solicitud de material ortoprotésico con garantías de cumplimiento de entrega al paciente en el plazo previsto.

Propuesta de mejora 3: Registrar y analizar los datos de ausencias y coberturas por contratación, por servicio y sin cobertura.

Propuesta de mejora 4: Realizar sesiones periódicas de la jefa de unidad de enfermería con jefes de sección de servicios médicos.

8.- PROPUESTAS DE MEJORA



8.1.- Revisar y proponer publicación en intranet del repositorio de protocolos de enfermería de la unidad.

1.- INTRODUCCIÓN

Los protocolos de enfermería constituyen uno de los pilares básicos que determinan el compromiso que los profesionales tienen en el desarrollo de los cuidados.

Es preciso actualizar los protocolos con los cambios que ha habido y ofrecer así, una guía que disminuya la variabilidad en la práctica clínica.

El protocolo asistencial está dirigido a organizar el trabajo y describe las pautas de actuación ante un tema concreto, paso a paso. Se adapta al entorno y al profesional que lo utiliza.

“Los protocolos como guías de actuación son importantes porque:

- Documentan la asistencia que debe proporcionar la enfermería.
- Documentan la asistencia proporcionada.
- Son un medio de comunicación.
- Ayudan en el desarrollo de los planes de calidad
- Permiten identificar omisiones o puntos débiles.
- Se pueden determinar las correcciones necesarias y llevarlas a la práctica.”(31)

Al ser un documento escrito proporciona un canal de comunicación estable entre el personal de enfermería, ayudando a la comunicación con el resto del equipo. Es a su vez un documento de enseñanza para la persona que se incorpore a una unidad.

Los protocolos no sustituyen el criterio del profesional, que tiene la capacidad de decidir cómo actuar ante circunstancias y situaciones del paciente al que va a cuidar.

En la intranet del centro ortopédico se cuenta con los siguientes protocolos de enfermería:

- Acogida al ingreso en hospitalización
- Cuidados de enfermería Preoperatoria a aplicar a pacientes de Cirugía Ortopédica.
- Atención de cuidados de enfermería a la llegada del paciente de la sala de despertar
- Postoperatorio de Osteotomía de Rodilla.
- Protocolo a la llegada del paciente de UVI.
- Postoperatorio de Cirugía de Prótesis de Rodilla.
- Postoperatorio de Cirugía de Hombro en Hospitalización.

- Postoperatorio de Cirugía de Dupuytren.
- Postoperatorio de Hallux Valgus.
- Postoperatorio de Plastia Ligamentosa de Rodilla HTH.

La última revisión que se realizó fue en Diciembre de 2007.

2.- OBJETIVOS

2.1.- Objetivo general:

- Revisar y proponer publicación en la intranet del Hospital General de protocolos de enfermería de la unidad.

2.2.-Objetivos específicos:

- Realizar una reunión de carácter informativo con personal de la unidad.
- Crear grupos de trabajo con personal de enfermería de la unidad que se responsabilicen de esta área.
- Establecer un cronograma de reuniones.
- Proponer revisión al área desarrollo en cuidados e innovación de la organización.
- Proponer al área en cuidados e innovación la publicación del repositorio de protocolos en la intranet del centro.
- Revisar y valorar la modificación de los protocolos anualmente.

3.- METODOLOGIA

1. Sesión informativa del proyecto con el equipo de enfermería de la unidad.

Se informará del objetivo general y del procedimiento a seguir para la revisión:

- Constitución de tres grupos de trabajo formado por personal de enfermería de la unidad, compuesto por dos enfermeras y dos auxiliares de enfermería. La participación será voluntaria y deberán comunicarselo a la JUE en dos semanas.
- Las reuniones se realizarán cada tres meses. Se presentará cronograma con fecha y protocolos asignados a cada grupo.

- Los protocolos a revisar serán ocho:
- Acogida al ingreso en hospitalización
 - Cuidados de enfermería preoperatoria a aplicar a pacientes de cirugía ortopédica.
 - Atención de cuidados de enfermería a la llegada del paciente de la sala de despertar
 - Atención de cuidados de enfermería a la llegada del paciente de la UVI.
 - Postoperatorio de cirugía de prótesis de rodilla en hospitalización.
 - Postoperatorio de plastia ligamentosa de rodilla HTH.
 - Postoperatorio de cirugía de hombro en hospitalización.
 - Postoperatorio de cirugía de pie en hospitalización.

2. Reuniones de revisión.

Con una duración aproximada de hora y media, se trabajará con los grupos tanto el protocolo asignado como la organización del trabajo a realizar, una vez finalizada se tendrán tres meses para presentarlo revisado y actualizado en la siguiente reunión.

3. Revisión por el área de desarrollo en cuidados e innovación.

Conforme se vayan revisando se procederá a la comunicación al área de desarrollo en cuidados e innovación para que revisen el protocolo e indiquen modificaciones si consideran oportuno.

4. Propuesta al área de desarrollo en cuidados e innovación de integración en la intranet del centro.

5. Revisión y actualización anual a principios de cada año, la JUE organizará las reuniones de revisión con los diferentes grupos.

4.- DIAGRAMA DE GANTT

	Feb 2016	Mar 2016	Abril 2016	May 2016	Jun 2016	Julio 2016	Agos 2016	Sept 2016	Oct 2016	Nov 2016
Sesión informativa del proyecto										
Selección de profesionales										
G.1 P.1: Acogida al ingreso en hospitalización										
G.2 P.1: Cuidados de enfermería preoperatoria a pacientes de Cirugía Ortopédica.										
G.3 P.1: Atención de cuidados de enfermería a la llegada del paciente de la sala de despertar.										
G.1 P.2: Atención de cuidados de enfermería a la llegada del paciente de la UVI.										
G.2 P.2: Postoperatorio de cirugía de prótesis de rodilla en hospitalización.										
G.3 P.2: Postoperatorio de plastia ligamentosa de rodilla HTH.										
G.1 P.3: Postoperatorio de cirugía de hombro en hospitalización.										
G.2 P.3: Postoperatorio de cirugía de pie en hospitalización.										
Envío al área de desarrollo en cuidados e innovación para revisión.										
Publicación en intranet del centro.										

P.=Protocolo, G.=Grupo

5.- EVALUACION

- Nivel de participación: control de asistencia a las sesiones grupales mediante hoja de firmas. El estándar fijado será como mínimo tres de los cuatro participantes, es decir un 75%.
- Elaboración actas de reuniones.
- Número de protocolos actualizados. Estándar 100%. El objetivo es valorar todos los protocolos programados en el diagrama y el tiempo adjudicado a cada uno de ellos es de tres meses por grupo.
- Encuesta de valoración, a la finalización del proceso y previa a la primera actualización, de los profesionales no incluidos en los grupos de trabajo de la unidad, podrán realizar aportaciones libres y se valorarán ideas de mejora tanto del protocolo como del proceso. Dicha encuesta será anónima y se entregará en el buzón que se instalará en la unidad. Los ítems a valorar serán: los siguientes:

1.- ¿Le ha parecido adecuado el procedimiento de trabajo seguido para llevar a cabo la actualización?

SI NO

2.- ¿Está de acuerdo con la redacción de los siguientes protocolos?

- | | | |
|--|----|----|
| - Acogida al ingreso en hospitalización | SI | NO |
| - Cuidados de enfermería preoperatoria a aplicar a pacientes de cirugía ortopédica. | SI | NO |
| - Atención de cuidados de enfermería a la llegada del paciente de la sala de despertar | SI | NO |
| - Atención de cuidados de enfermería a la llegada del paciente de la UVI. | SI | NO |
| - Postoperatorio de cirugía de prótesis de rodilla. | SI | NO |
| - Postoperatorio de plastia ligamentosa de rodilla HTH. | SI | NO |
| - Postoperatorio de cirugía de hombro en hospitalización. | SI | NO |
| - Postoperatorio de cirugía de pie en hospitalización. | SI | NO |

3.- Si la respuesta es negativa en algún apartado ¿Qué proponen?

4.-Aportaciones

Los resultados de la encuesta serán de gran utilidad en la revisión anual que se realizará de cada protocolo.

8.2.- Diseñar un circuito de solicitud de material ortoprotésico (órtesis) con garantías de cumplimiento de entrega al paciente en el plazo previsto.

1.- INTRODUCCIÓN

Las técnicas de ortopedia se remontan a tiempos antiguos, ya Hipócrates en su libro “Tratado de fracturas” en el siglo IV a. C. hablaba de férulas y tracciones.

Una órtesis, según definición de la Organización Internacional de Normalización (ISO), es un apoyo u otro dispositivo externo (aparato) aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético.(32)

El término se usa para denominar aparatos o dispositivos, férulas, ayudas técnicas y soportes usados en ortopedia, fisioterapia y terapia ocupacional que corrigen o facilitan la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad. Sirven para sostener, alinear o corregir deformidades y para mejorar la función del aparato locomotor.

Se diferencian de las prótesis al no sustituir, parcial o totalmente, un órgano o miembro con incapacidad física, invalidez o dismetría, sino reemplazar o reforzar sus funciones.(32)

Levy y Cortés definen las órtesis como dispositivos mecánicos, que ejercen fuerza sobre un segmento del cuerpo, las cuales nos ayudan a estabilizar corregir y proteger; Constan de materiales ligeros y funcionales como duraluminio, termoplástico, fibra de carbono, resinas, proporcionando durabilidad y ligereza. (33)

La especialidad de Cirugía Ortopédica implica la utilización de determinado material ortopédico u órtesis dependiendo del tratamiento.

En la unidad de hospitalización “A” el uso de este tipo de material es diario; esto implica un manejo adecuado de códigos y solicitudes al servicio de compras por parte de la JUE, ya que se trata de un material que por regla general se precisa de forma relativamente urgente y que además supone un desembolso importante.

Este material va imputado al usuario, es decir, se solicita al servicio de compras para un paciente determinado y la ortopedia lo sirve en la habitación del mismo o en el quirófano, tras haber informado previamente a su enfermera o cirujano para estar presentes o realizar la colocación.

En la actualidad el circuito puntualmente da problemas y el principal de ellos es el que

el material no esté disponible en el momento que el paciente lo precisa, retrasando su recuperación.

Ello puede ser debido a diferentes causas:

1. No se había solicitado porque no se esperaba su uso.
2. El material se precisa en fin de semana que no está la JUE.
3. El médico no comunica a la JUE que precisa ese material y se pone en comunicación directamente con la ortopedia.

Actualmente el circuito de solicitud no está protocolizado, a la JUE le van llegando los avisos que cursa al servicio de compras y si es de manera urgente directamente a la ortopedia.

En ocasiones solicitan órtesis directamente a la ortopedia sin avisar a la JUE (y por ende tampoco al servicio de compras). Estos casos se detectan a posteriori y cuesta gran trabajo identificar al paciente.

La necesidad de crear este circuito es imperiosa, ya que asegurará la coordinación de médicos, JUE, servicio de compras y ortopedia seleccionada, de forma que ofrezca garantías al paciente de que su órtesis va a ser entregada en el plazo necesario.

2.- OBJETIVOS

2.1.- Objetivo general:

- Diseñar un circuito que coordine al médico, JUE, servicio de compras y ortopedia para la solicitud de material ortoprotésico.

2.2.- Objetivos específicos:

- Análisis de la situación actual y de las necesidades detectadas por parte de la JUE.
- Propuesta de reunión con el servicio de compras para diseñar el circuito.
- Propuesta de reunión para presentación a los jefes de sección de COT.
- Pilotaje de seis meses.
- Registro de incidencias.

3.- METODOLOGIA

Tras un análisis, por parte de la JUE, de las diferentes situaciones en las que se precisa material de ortopedia, nos encontramos:

1. Paciente que ingresa y precisa material ortopédico conservador, no ha habido intervención quirúrgica previa. Un ejemplo sería las fajas para lumbalgias.
2. Paciente que previamente a la intervención se conoce que va a precisar determinado material y debe colocarse en quirófano. Un ejemplo serían las órtesis antiabducción de hombro.
3. Paciente que por la evolución de su intervención precisa algún material de manera relativamente urgente.
4. Material ortopédico que se precisa en fin de semana.

En primer lugar se propondrá una reunión con el servicio de compras con el objetivo de diseñar un circuito que contemple la casuística anteriormente descrita.

Dicho circuito deberá cumplir las siguientes premisas:

- Toda petición por parte de los servicios médicos deberá ser dirigida a la JUE de la unidad, priorizando los pacientes que precisen material para el día de la intervención.
- La JUE de la unidad deberá tener actualizados todos los códigos de compra de material.
- La petición se realizará al servicio de compras mediante un impreso digital (el mismo que se maneja actualmente) destinado exclusivamente a este material.
- El servicio de compras será el encargado de contactar con la ortopedia que corresponda de lunes a viernes.
- La ortopedia correspondiente deberá comprometerse a servir el material en un plazo menor a 24 horas.
- Los fines de semana la encargada de contactar con la ortopedia será la jefa de guardia de enfermería que realizará parte de incidencia a la JUE de la unidad para que el lunes curse la petición al servicio de compras indicando que está servida.

Una vez diseñado el circuito se convocará una reunión con los jefes de sección de traumatología, el servicio de compras y la JUE para presentarlo y para que ellos a su vez lo presenten al resto de médicos de su servicio.

Se realizará un pilotaje de seis meses registrándose las incidencias encontradas en este período.

4.- DIAGRAMA DE GANTT

	Marzo 2016	Abril 2016	Mayo 2016	Nov 2016	Dic 2016
Análisis de la situación actual por la JUE.					
Reunión con el servicio de compras. Diseño consensuado del circuito.					
Presentación a jefes de sección de COT					
Proyecto piloto en la unidad de hospitalización "A"					
Evaluación y análisis de resultados.					
Implementación definitiva del circuito.					

5.- EVALUACIÓN

- Documento de circuito elaborado
- Nº de órtesis ya en quirófano previas a la intervención/nº de órtesis solicitadas por el servicio médico. Estándar del 100%.
- Nº de órtesis servidas en un plazo menor de 24 horas/nº de órtesis solicitadas. Estándar del 90%. Habrá que tener en cuenta que todo lo solicitado en fin de semana es más complicado que sea servido en 24 horas.
- Nº de incidencias registradas por las jefas de guardia de enfermería. El estándar no es posible cifrarlo aquí, ya que este dato realmente sirve para evaluar qué montante del total de material se solicita fuera del circuito diseñado.

8.3.- Registrar y analizar los datos de ausencias y su cobertura por contratación, por servicio y sin cobertura.

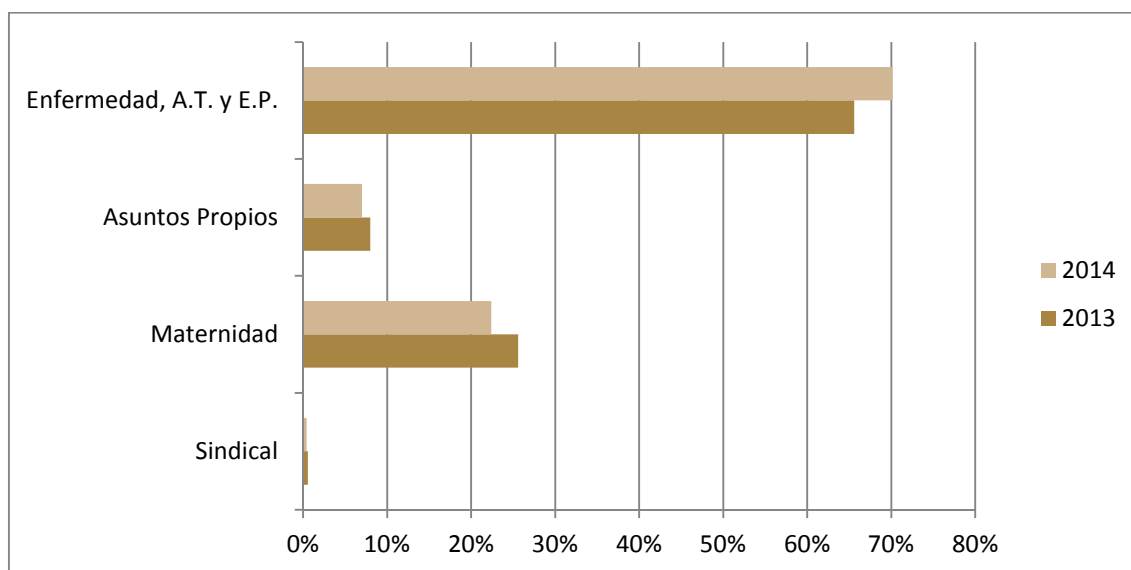
1.- INTRODUCCIÓN

El absentismo hace referencia a las conductas de ausencia del puesto de trabajo de los empleados durante el período de actividad laboral establecida por la organización.

En nuestra comunidad el absentismo laboral se obtiene de la aplicación de gestión de Recursos Humanos del Gobierno de la comunidad (SAP-RRHH), a través de la siguiente fórmula: se suman las horas perdidas de cada centro por estamentos, y se divide entre horas totales x plantilla (cada estamento) x 100. [Horas perdidas / (horas totales de la plantilla)].

El índice global de absentismo en el Servicio Regional de la Comunidad, se ha situado en el año 2013 y 2014, en un 6,2%.(34)

Figura 16- Índice de absentismo distribución por causas 2013-2014



*A.T: Accidente de Trabajo *E.P.: Enfermedad Profesional

Fuente:SAP

En estos dos últimos años el índice de absentismo ha coincidido en número, no obstante las causas han variado en porcentaje como se puede observar en los gráficos.

Se conoce el índice de absentismo gracias a la aplicación informática con la que trabaja el departamento de personal pero ¿se conoce cómo se ha procedido a cubrir ese

absentismo? En estos momentos en la unidad de hospitalización A no es posible calcularlo debido a una ausencia de registros de cobertura.

Desde la unidad se diferencian tres formas de solucionar dichas ausencias:

- 1) Contratación temporal de otro trabajador mientras dure la ausencia a través del departamento de personal del hospital.
- 2) Cobertura con el personal de la unidad.
- 3) No cobertura.

La primera de ellas implica un gasto en personal, gasto por otro lado en ocasiones ineludible sobre todo cuando se generan incapacidades temporales de larga duración por enfermedad, A.T. y E.P. (accidente de trabajo y enfermedad profesional), permisos por maternidad/paternidad y contingencias por riesgo en el embarazo.

Sin embargo, esta opción en ocasiones no es operativa para el absentismo de pocos días de duración, ya que al tener el sistema la debilidad de no contemplar en las contrataciones el conocimiento de la unidad para cuando el trabajador empieza a ser productivo ya finaliza su contrato.

La cobertura con el personal de la unidad es una opción para ausencias puntuales por causas familiares, asuntos propios... ausencias de corta duración cubiertos con garantía por profesionales altamente cualificados, estas sustituciones producen un aumento de su jornada anual lo que supone una posterior devolución de esas horas.

Si la devolución se negocia en temporada de baja ocupación (navidad y verano), que no precisa sustitución, resulta muy ventajoso para la organización tanto en calidad de cuidados como económicamente.

La no cobertura está supeditada al momento de la ausencia y suele darse en relación a la ocupación y carga de trabajo que haya en la unidad en dicha fecha.

Estos datos, como herramienta de gestión, suponen conocer:

- Gestión de los recursos de personal
- Gestión del conocimiento.
- Gasto en contratación por ausencias.

Permite poder hacer comparaciones con otras unidades de similares características e incluso en un futuro plantear propuestas de mejora en este campo.

2.- OBJETIVOS

2.1.- Objetivo general:

- Registrar las ausencias y su tipo de cobertura para en un futuro analizar los datos que permitan plantear propuestas de mejora en este campo desde tres prismas: Trabajador, conocimiento y gasto económico.

2.2.- Objetivos específicos:

- Recogida de información sobre las diferentes aplicaciones informáticas de registro de datos de ausencias. Propuesta de reunión al servicio de personal para asesoramiento.
- Realizar pilotaje de seis meses.
- Proponer reunión a jefatura de área del centro monográfico para posible extensión al centro monográfico de la aplicación.

3.- METODOLOGIA

La cercanía y el conocimiento próximo de los empleados por parte de los mandos intermedios, permite conocer y dar solución de una forma más ágil y efectiva a aquellas ausencias que se pudieran dar.

Al responsabilizarse los mandos intermedios se consigue conocer los indicadores de absentismo, no tan sólo por el mero hecho del control, sino sobre todo para trabajar a posteriori en propuestas de mejora. (35)

Para conseguir este objetivo en primer lugar la JUE realizará una recogida de información sobre las diferentes aplicaciones informáticas con las que cuentan otras unidades incluidas las que hay en la intranet del hospital.

Se trabajará con un cuadro de mando que recoja:

- Nombre del trabajador
- Tipo de ausencias: Vacaciones, Incapacidad Temporal, Sindical, Maternidad, Asuntos Propios, Familiar etc.
- Fecha de inicio
- Duración (si se conoce)

- Cobertura:
 - Mediante contrato laboral de otro trabajador.
 - Cubierto por el servicio
 - No precisa cobertura.

Propuesta de reunión al departamento de personal con el objetivo de asesoramiento en la elección de la aplicación que consideren más responde a sus necesidades.

Seguidamente se realizará un pilotaje de seis meses en la unidad de hospitalización "A".

Posteriormente se evaluarán los resultados y se realizará una propuesta de reunión para presentarlos a la jefatura de área; no hay que olvidar que se trata de un centro que no cuenta con personal volante y sería factible la movilidad del personal que tenemos en el resto de unidades, personal que como se ha comentado anteriormente está altamente cualificado en ortopedia.

4.- DIAGRAMA DE GANTT

	Febrero 2016	Marzo 2016	Abril-Sept 2016	Octubre 2016
Revisión bibliografía y aplicaciones informáticas de otras unidades.				
Propuesta de reunión de asesoramiento al departamento de personal				
Elección de aplicación (diseño y modificaciones si precisa)				
Proyecto piloto en la unidad de hospitalización "A"				
Evaluación y análisis de resultados.				
Propuesta de reunión de presentación a jefatura de área.				

5.- EVALUACIÓN

- Actas de reuniones con departamento de personal.
- Informe mensual realizado por la JUE que refleje:
 - Nº de ausencias cubiertas por el departamento de personal/nº de ausencias totales x 100
 - Nº de ausencias cubiertas desde el propio servicio/nº de ausencias totales x 100.
 - Nº de ausencias que no precisaron cobertura/nº de ausencias totales x100.
- Acta de reunión con jefatura de área.
- Propuestas de mejora.

8.4.- Realizar sesiones periódicas de la jefa de unidad de enfermería con jefes de sección de servicios médicos.

1.- INTRODUCCIÓN

En un hospital, se desarrollan múltiples actividades durante las veinticuatro horas del día encaminadas a la atención y cuidado de pacientes, se llevan a cabo gracias a la cooperación entre sus miembros, gracias al trabajo en equipo orientado al logro de objetivos comunes.

Muchos fenómenos, situaciones y problemas de un hospital, deben ser analizados, comprendidos y atendidos desde diferentes niveles y papeles profesionales.

La comunicación entre el servicio de enfermería y el médico es una de las más constantes y funcionales. En gran medida los resultados obtenidos por el paciente obedecen a la buena comunicación y a la pronta respuesta ante cierto problema(36).

Cada mañana el médico realiza el pase de visita junto a la enfermera. Esta relación de colaboración estrecha es la que permite tanto al médico conocer cuál es la situación del paciente, como a la enfermera cuales son las medidas a tomar. La comunicación es vital para la prestación de unos cuidados de calidad y esencial para la seguridad de los pacientes.

En la unidad se cuenta con cuatro especialidades médicas:

- Cirugía Ortopédica y Traumatología
- Anestesia y Reanimación
- Medicina Interna
- Rehabilitación Neurológica.

En el caso de Rehabilitación existe un comité que se reúne trimestralmente formado por el jefe de servicio y el jefe de sección de rehabilitación junto con las JUEs de unidad de hospitalización "A" y del servicio de rehabilitación.

En dicho comité se tratan previo orden del día todos los temas referentes a los pacientes de esta especialidad, por lo tanto este proyecto no está dirigido a rehabilitación neurológica ya que con ellos ya se realizan las reuniones periódicas.

Sin embargo respecto al resto de especialidades, en ocasiones y en temas concretos la enfermera no tiene claro a quién debe dirigir la consulta creándole inseguridad y en ocasiones pérdida de tiempo tanto para ella como para el paciente.

Los temas que más duda generan son los relacionados con pacientes con diabetes, dolor o agitación.

Reunirse periódicamente como equipo multidisciplinar los que participan en la gestión del trabajo de la unidad, jefes de sección médica y jefa de unidad, permitiría solucionar los temas antes mencionados, adelantarse a ingresos “complicados”, prevenir errores pasados y en un futuro comenzar a trabajar juntos en la creación de una vía clínica de la Prótesis Total de Rodilla.

Además estas reuniones servirían para analizar la situación de hospitalización y ocupación de la misma y las incidencias generadas.

2.- OBJETIVOS

2.1.- Objetivo General:

- Proponer un calendario de reuniones periódicas entre los jefes de sección y la jefa de unidad.

2.2.- Objetivos específicos:

- Realizar una reunión con jefes de sección con el objetivo de recabar información en aras de diseñar un calendario de reuniones consensuado entre las jefaturas implicadas.
- Establecer el propósito y cronograma de las reuniones en conjunto.
- Resolución de incidencias concretas en el menor plazo posible tras reunión.
- Recabar experiencias similares de otras áreas.

3.- METODOLOGIA

En primer lugar se convocará desde la jefatura de unidad de enfermería, vía mail, a los jefes de cada especialidad, en este caso Cirugía Ortopédica y Traumatología, Anestesia y Reanimación y Medicina Interna.

Se explicará el propósito de esta reunión de cara a establecer reuniones periódicas, a ser posible mensuales, para solucionar temas que influyen en el quehacer diario de la unidad y que en caso de quedar solucionados mejorarían considerablemente la calidad en la atención de los pacientes.

También sería una oportunidad para resolver incidencias concretas registradas en cada periodo.

Para cada sesión se enviará el orden del día con una antelación mínima de cinco días.

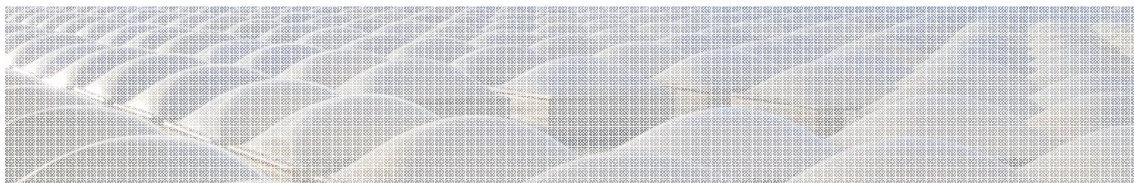
Mediante un sistema de rotación cada mes un miembro del equipo se encargará del envío del acta de la reunión en las siguientes dos semanas.

Proponer la creación mediante dichas reuniones de un plan de actuación en la unidad de atención al paciente con diabetes, dolor o agitación.

4.- EVALUACIÓN

- Número de reuniones anuales. En principio serán reuniones mensuales, exceptuando los meses de verano. El estándar marcado será del 90%. Contando que se calculan 10 reuniones anuales.
- Orden del día. Envío con una antelación mínima de cinco días. Estándar 100%.
- Actas de reuniones. La fecha de envío de acta no puede ser superior a dos semanas post-reunión. Estándar 100%
- Planes de actuaciones concretas presentados. Se fijarán en las reuniones planes mínimos de atención al paciente con diabetes, dolor o agitación.
- Registro de incidencias resueltas.

9.- BIBLIOGRAFIA



9.1.- BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

1. Ayuso D, Grande F. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Madrid: Díaz de Santos; 2006.
2. Servicio Navarro de Salud-Osasumbidea. Memoria 2014. (consulta el 15 de septiembre de 2015) Disponible en:
http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Memorias+de+actividad/A%C3%B1o+2014/Memoria+del+SNS-O+2014.htm.
3. Gobierno de España. Ley General 14/1986 de Sanidad, de 25 de abril, BOE 102 de 29 de abril de 1986.
4. Gobierno de Navarra. Ley Foral 10/1990 de Salud, de 23 de noviembre. BON 146 de 3 de diciembre de 1990.
5. Gobierno de Navarra. Decreto Foral 604/1995, de 26 de diciembre, por el que se modifica la estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud-Osasumbidea.
6. Gobierno de Navarra. Decreto Foral 607/1996, de 4 de noviembre, por el que se modifica la estructura orgánica del Servicio Navarro de Salud-Osasumbidea. BON 137 de 11 de noviembre de 1996.
7. Gobierno de Navarra. Decreto Foral 19/2010, de 12 de abril, por el que se crea el Complejo Hospitalario de Navarra del Servicio Navarro de Salud Osasumbidea y se establece su estructura directiva. BON 50 de 23 de Abril de 2010.
8. Intranet sanitaria del Complejo Hospitalario de Navarra.
(Consulta el 20 de septiembre de 2015) Disponible en:
<http://intranet.gcorporativa.admon-cfnavarra.es/CHN/default.aspx>
9. Gobierno de Navarra. Vídeo: Unificados los servicios de COT y de Medicina Preventiva del CHN. 2010. (Consulta el 20 de septiembre de 2015) Disponible en:
http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2012/12/17/Complejo+Hospitalario+de+Navarra+Unificacion+servicios.htm
10. Echeandia Valencia B. Memoria trabajo jefatura de unidad de enfermería segunda general. Pamplona. 2007.
11. Área de enfermería en desarrollo de cuidados e innovación. Guía de acogida a personas de nueva incorporación de la unidad de enfermería de Traumatología, Cirugía Ortopédica y Rehabilitación Neurológica. Pamplona. 2014.
12. Definición de recursos humanos. (Consultado el 15 de septiembre de 2015). Disponible en:
<http://definicion.mx/recursos-humanos/>.
13. Ministerio de Sanidad y Política Social. Real Decreto por el que se regulan los productos sanitarios. BOE nº 268, de 6 de noviembre de 2009.

14. Zequeira B, Dulce María. Atención de enfermería estandarizada para pacientes atendidos en la unidad quirúrgica, clínica "Cira García". 2010. (Consulta el 25 de septiembre de 2015) Disponible en:
<http://bvs.sld.cu/revistas/infod/n1412/infod031412.htm>
15. Henderson V. The nature of nursing. Ltd CMM, editor. United States of America. 1966.
16. Gayosso I, E., Sanchez M, C. Pensamiento critico y juicio en enfermería. Boletín científico universidad de Hidalgo. 2009.
17. Misión de la supervisión de Enfermería. (consulta el 20 de septiembre de 2015. Disponible en:
[http://www.aibarra.org/enfermeria/profesional/supervision/mision.htm#MISION DE LA SUPERVISION DE ENFERMERIA](http://www.aibarra.org/enfermeria/profesional/supervision/mision.htm#MISION_DE_LA_SUPERVISION_DE_ENFERMERIA)
18. Gobierno de Navarra. Orden Foral 38/2011, de 4 de Mayo, de la Consejera de Salud, por la que se desarrolla la estructura orgánica de la Dirección de Enfermería del Complejo Hospitalario de Navarra. 2011.
19. Texeidor, M. et al. Programa Leonardo Da Vinci. Marco de referencia profesional para la función de supervisor/a de enfermería de la demarcación piloto de Barcelona. Barcelona, fundación la Caixa, Generalitat de Catalunya, 2003, 134 p. ref. 158942 Localización: dfa 40.10.335.
20. Mata S, A. Acción para la formación continua de educadores y educadoras. Ed: Instituto de investigación en educación. Costa Rica 2007.
21. Organización Mundial de la Salud. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000". 1981. (consulta el 10 de octubre de 2015. Disponible en:
escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insintrod6.htm
22. Diagrama de Ishikawa-Explicación y definición de Ishikawa (Consulta el 15 de Marzo de 2015). Disponible en:
<http://www.quees.info/diagrama-de-ishikawa.html>
23. Espinosa R. La matriz de análisis DAFO (FODA). 2013. (Consulta el 20 de octubre de 2015) Disponible en: <http://robertoepinosa.es/2013/07/29/la-matriz-de-analisis-dafo-foda/>
24. Gobierno de Navarra. Plan de Salud de Navarra 2014-2020 (Consulta el 30 de octubre de 2015). Disponible en: <http://blog.saludnavarra.es/plan-de-salud-navarra-2014-2020/>.
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y ciclo de vida (Consulta el 30 de octubre de 2015) Disponible en:
http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/index1.html.
26. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Universidad de Málaga: Revista de calidad asistencial. Enero 2002
27. Melini de Paz F. Las listas de espera quirúrgica en el S.A.S. Revista de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia;26:119-22. Enero 2008.

28. Ministerio de Sanidad Seguridad Social e Igualdad del Gobierno de España. Curso: Estrategia en Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. 25ª edición. Madrid. 2015.
29. Arana García, I. Plan de mejora EFQM. Fundación Navarra para la Excelencia. Edición 1ª (Consultado el 11 de Noviembre de 2015). Disponible en: sugestion.guned.es/ajax/ops.php?funcion=pdf&op=accion&clase_
30. López H. Análisis FODA: 5 pasos para desarrollar el análisis. Diciembre 2010. (Consulta el 11 de noviembre de 2015). Disponible en: <http://axeleratum.com/2012/analisis-foda-5-pasos-para-desarrollar-el-analisis-segunda-parte/>.
31. Santillán A. Guías, protocolos y vías clínicas: definiciones y documentación. Junio 2013 (Consultado el 20 de noviembre de 2015) Disponible en: <http://www.hgucr.es/areas/area-de-enfermeria/protocolos-de-enfermeria/>.
32. Levy AE, Cortes JR. Ortopodología y aparato locomotor: Ortopedia de pie y tobillo. ISBN 84-458-1299-8. Elsevier. España 2003.
33. Villadot R, Cohi O. Ortesis y prótesis del aparato locomotor. 3ª ed. Masson, editor. Barcelona 2005.
34. Servicio Navarro de Salud-Osasumbidea. Memoria 2013. (Consulta el 25 de noviembre de 2015). Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/07A00D93-05CD-4807-85E7-37D89A61F0CA/282343/Memoria2013Navegabledefinitiva.pdf>.
35. Egarsat. Guía práctica para la gestión del absentismo. (Consultado el 30 de noviembre de 2015) Disponible en: <http://www.egarsat.es/Absentismo-laboral/Herramientas-Absentismo/Herramientas-Egarsat/Guia-Practica-para-la-Gestion-del-Absentismo>.
36. Gonzalez Castro, L.F., et al. La relación entre profesionales de enfermería y medicina: Una posible explicación de los resultados. MedUNAB. Abril de 2010; Vol. 13 número 1:17-21.

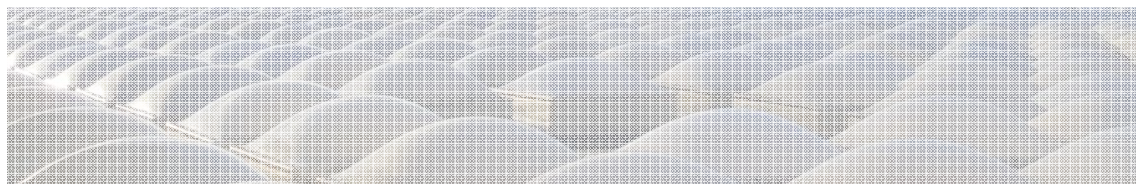
9.2.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Antomas Osés, J. MEMORIA-TRABAJO Unidad de Hospitalización Psiquiátrica "A" Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. Junio de 2011.
- Asenjo Sebastián, M.A. Gestión diaria de un hospital. Elsevier/Masson. Septiembre de 2006.
- Boneta Beorlegui, F. MEMORIA 1998 CLINICA UBARMIN. Servicio Navarro de Salud. Elcano 1999
- Consejería de Sanidad y Viceconsejería de Asistencia Sanitaria. Memoria 2013 del Servicio Madrileño de Salud. Ed: Servicio Madrileño de Salud. Enero 2015. (consulta el 15 de diciembre de 2015). Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D17701%40.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352866539970&ssbinary=true>
- Estefo Agüero, S. Paravic Klijn, T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Ciencia y Enfermería. Dic 2010, vol.16, nº3. (Consulta el 15 de diciembre de 2015). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300005>
- Generalitat Valenciana. Guía de actuación de enfermería. 2ª edición. Valencia 2007.(Consulta el 25 de noviembre de 2015). Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Manual%20procedimientos%20Enfermeria%20C%20Valenciana.pdf>
- Horine, GM. Manual imprescindible de Gestión de Proyectos. Anaya multimedia; Madrid. 2009
http://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/gobernanza/memoria_sns-o_2012.pdf
http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Planes+y+programas/Plan+de+Salud+de+Navarra+2006-2012/
- Moreno Sousa, C. Memoria-Proyecto Quirófanos Centrales B. Pamplona 2014
- Otermin Fagoaga, L. MEMORIA 2007 CLINICA UBARMIN. Servicio Navarro de Salud. Junio de 2008
- Plan de Salud de Navarra 2006-2012 (consulta el 15 de septiembre de 2015). Disponible en:
- Rodríguez Campo, V.A., Paravic Klijn, T.M. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. Enferm. glob., Oct 2011, vol.10, no.24, ISSN 1695-6141
- Servicio Andaluz de Salud. Manual de intervenciones enfermeras. Ed. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva. 2009 (Consulta el 25 de noviembre de 2015). Disponible en: <http://docplayer.es/8940945-Protocolo-de->

procedimientos-enfermeros.html

- Servicio Navarro de Salud-Osasumbidea. Memoria 2012. (consulta el 15 de septiembre de 2015) Disponible en:
- Zarate Grajales, R. La gestión del cuidado de enfermería. Index de enfermería v.13 n. 44-45. Granada 2004. (Consulta el 25 de noviembre de 2015). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009

10.- TABLAS Y FIGURAS



INDICE DE TABLAS Y FIGURAS**TABLAS**

Tabla 1: Plantilla total Hospital General 2014	17
Tabla 2 - Antigüedad del personal en la unidad	30
Tabla 3 - Presencias de personal en la unidad	31
Tabla 4-Material inventariable unidad de hospitalización	33
Tabla 5- Necesidades de Virginia Henderson	38
Tabla 6- Formación en el servicio	47
Tabla 7- Datos de actividad de la unidad	49
Tabla 8- Consumo anual en euros	50
Tabla 9: Gasto en material sanitario.	57
Tabla 10: Gasto en materiales por familias.	57
Tabla 11- Distribución de presencias a 1 de enero de 2013	59
Tabla 12- Distribución de presencias a 1 de abril de 2014.....	59
Tabla 13: Distribución secciones Cirugía Ortopédica en unidades de hospitalización ..	63
Tabla 14- Cronograma de implementación de intervenciones propuestas.....	65

FIGURAS

Figura 1 – Organigrama del Servicio de Salud	15
Figura 2 - Organigrama del Hospital General	18
Figura 3 - Organigrama del Centro Monográfico	21
Figura 4: Vistas del paisaje desde el centro	22
Figura 5: Centro monográfico de COT	23
Figura 6 - Hall de la unidad	26
Figura 7: Habitación unidad.....	27
Figura 8: Zona de atención al público.....	28
Figura 9- Nº de ingresos anuales por secciones de COT en 2013, 2014 y 2015.....	35
Figura 10- Estancias generadas por seccion de COT en 2013, 2014 y 2015	35
Figura 11-Nº de ingresos anuales especialidad Rehabilitación Neurológica 2014 y 2015	36
Figura 12- Nº de estancias generadas especialidad Rehabilitación Neurológica 2014 y 2015	36
Figura 13: Diagrama de Causa y Efecto de la unidad de hospitalización “A”	62
Figura 14: Macro de cálculo de vector estratégico DAFO Unidad de hospitalización “A”	75
Figura 15- Vector estratégico DAFO	76
Figura 16- Índice de absentismo distribución por causas 2013-2014.....	91

11.-ANEXOS



11.1.- ANEXO 1: MOTORES DE BÚSQUEDA

Mediante las palabras claves antes descritas (Enfermería gestión, enfermería ortopedia, memorias de gestión, gestión del cuidado) se ha realizado una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos científicas;

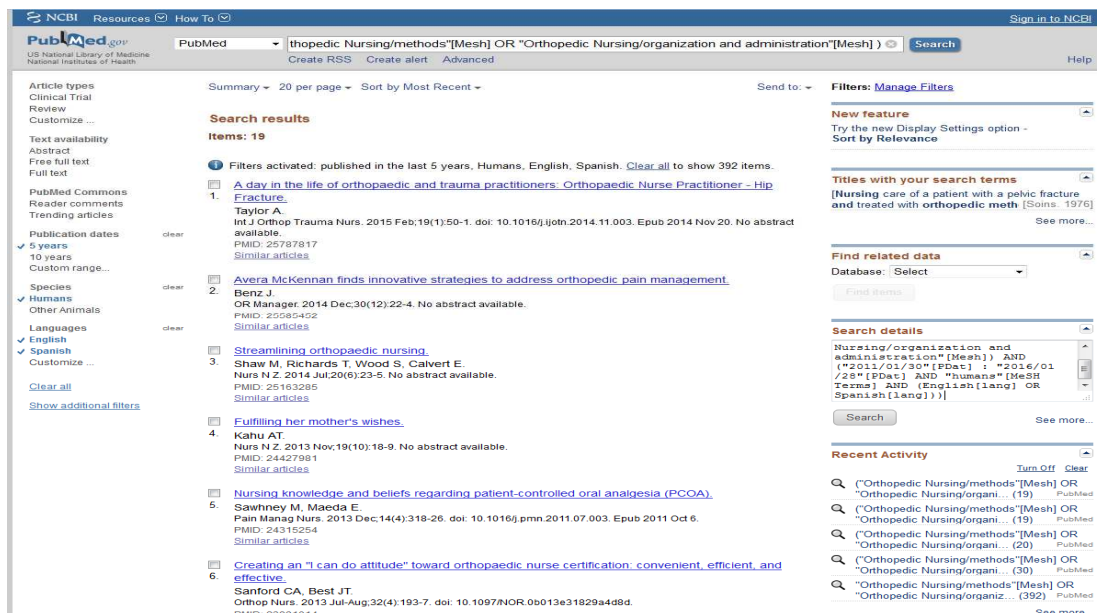


En la Biblioteca Cochrane no se consiguió información, la cantidad de artículos mayor encontrada fue de diez con las palabras "Enfermería Gestión", con el resto de términos las coincidencias fueron aún menores. Los artículos no eran apropiados para el trabajo.

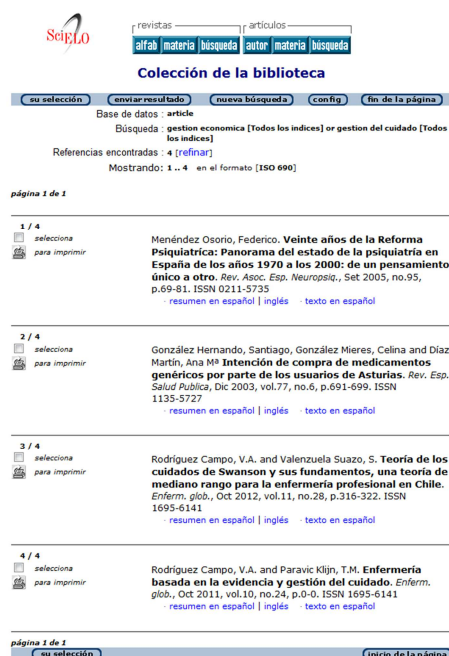


En Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) se introdujeron entre otros: ("Orthopedic Nursing/methods"[Mesh] OR "Orthopedic Nursing/organization and administration"[Mesh]), con los filtros: "Free full text available", "Last 5 years", "Humans", "English AND Spanish".

La cantidad de artículos fue superior (19 artículos), pero realmente no eran relevantes para el trabajo.



En Scielo (<http://scielo.isciii.es/scielo.php/>) la búsqueda fue más eficiente y se logró encontrar artículos referenciados y consultados en el trabajo. “Gestión del cuidado” fue la palabra clave para acceder a ellos:



En Google Académico (<http://scholar.google.es/>) , con los términos “Enfermería gestión” y “Gestión del cuidado” también se tuvo acceso a artículos, alguno fue referenciado también en el trabajo:

Google

Académico Aproximadamente 15.900 resultados (0,05 s)

Artículos

HTML La **gestión** del cuidado de **enfermería** [\[HTML\] de isciil.es](#)
 RA Zarate Grajales - Index de enfermería, 2004 - SciELO España
 A partir de los años 70 en México se han desarrollado los servicios de salud de manera extraordinaria. El conocimiento científico y las técnicas para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación han experimentado un progreso considerable. Sin embargo la crisis económica por la ...
 Citado por 103 Artículos relacionados Las 6 versiones Citar Guardar Más

Cualquier momento

Desde 2016 **[CITAS]** **Gestión de Enfermería: una aproximación a los sistemas**
 DA Gillies - 1994 - sidalc.net
 ... Autor: GILLIES, DEE ANN. Aut. Analit.: AGUILAR CORTES, MARIA. Título: **GESTION DE ENFERMERIA : UNA APROXIMACION A LOS SISTEMAS** / Pimprenta: ESPAÑA : CIENTIFICAS Y TECNICAS : CIENTIFICAS Y TECNICAS, MASSON., 1994. XVI, 611 P. ...
 Citado por 39 Artículos relacionados Citar Guardar Más

Ordenar por relevancia

Ordenar por fecha **[LIBRO]** Guía de **gestión** y dirección de **enfermería**: incluye Evolve
 AM Tomey - 2009 - books.google.com
 La octava edición de esta conocida obra, completamente revisada y actualizada, aborda de forma general y pormenorizada, la **gestión** de **enfermería** y la formación cuantitativa y cualitativa en el liderazgo, desde una perspectiva amplia que incluye los diferentes ...
 Citado por 60 Artículos relacionados Las 4 versiones Citar Guardar Más

Buscar en la Web

Buscar sólo páginas en español **[CITAS]** NANDA International, DIAGNÓSTICOS **ENFERMEROS**: Definiciones y Clasificación, 2009-2011
 NANDA International - 2009 - Elsevier España
 Citado por 177 Artículos relacionados Citar Guardar

☒ Incluir patentes ☒ Incluir citas

[PDF] **Gestión integral de la calidad** [\[PDF\] de sedisa.net](#)
 L Cuatrecasas - **Gestión**, 1999 - sedisa.net
 ... de **enfermería** lanza una pregunta al aire: ¿Por qué piensas que las **enfermeras** prefieren trabajar ... parte de un caso práctico, la historia de Mª Carmen, una **enfermera** recién diplomada ... autores combinan conocimiento básico de la actividad y acción de **enfermería** con casos ...
 Citado por 312 Artículos relacionados Las 6 versiones Citar Guardar Más

[CITAS] La **gestión** de **enfermería** y los servicios generales en las organizaciones sanitarias
 D Ayuso Munillo, RF Grande Sellera - Ed. Díaz de Santos, Madrid, 2006 - sidalc.net
 ... Aut. Analit.: Ayuso Munillo, Diego. Grande Sellera, Rodolfo F. Título: La **gestión** de **enfermería** y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Pimprenta: Madrid. : Díaz de Santos., c2006. .xxvii, 609 p. ; 24 cm. Notas: Incluye bibliografías e índice. ...
 Citado por 41 Artículos relacionados Citar Guardar Más

En Medline y Cuiden los resultados no fueron los deseados y no se obtuvo ningún artículo que se adecuase al objeto de estudio.

Además de los motores de búsqueda mencionados, se han utilizado fuentes de información y literatura “grises”;

- Intranet del Complejo Hospitalario de Navarra.
- Memorias de servicios regionales de salud.
- Memorias de otros centros y unidades de hospitalización.
- Otros Trabajos de Fin de Máster de la UPNA.

11.2.- ANEXO 2: ARTICULO CIENTIFICO

Artículo adaptado a normativa de TESELA, apartado Experiencias.

ORGANIZACIÓN POR SECCIONES DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

LAURA GUALLART PÉREZ. Jefa de Área del Aparato Locomotor del CHN

JUANA HERMOSO DE MENDOZA. Profesora Asociada Departamento De Ciencias De La Salud/Universidad Pública De Navarra.

Resumen	
<p>En 2013 se produjo la unificación de la especialidad de Cirugía Ortopédica en un hospital monográfico. En las unidades de hospitalización conllevó dificultades para unificar criterios, las cirugías se doblaron lo cual supuso un incremento en ingresos y era necesario un cambio total en la organización.</p>	
<p>Objetivos: Mostrar la situación de partida y el proceso de implantación del proyecto de mejora ya instaurado hace un año.</p>	
<p>Conocer el diagrama causa-efecto como herramienta de gestión para identificar X críticas y hacer propuestas de intervención de cada una.</p>	
<p>Metodología: Se mostrará la realización del proyecto de mejora, diagrama de causa-efecto, identificación de causas, propuestas de intervención y plan de introducción.</p>	
<p>Resultados: Ha pasado un año de la implantación y se ha visto un aumento en la eficacia y eficiencia del sistema.</p>	
<p>Conclusiones: Este proyecto ha sido posible gracias a la coordinación entre estamentos, un estudio en profundidad del escenario junto con el uso adecuado de herramientas de gestión y un personal implicado con el plan.</p>	
<p>Palabras clave: Diagrama causa-efecto, propuesta de intervención, organización por secciones</p>	

Abstract	
Traducción del título	Organization by sections of the hospitalization units of Orthopedic Surgery and Traumatology
<p>In 2013, the Orthopedic Surgery speciality was unified in a specialized hospital. In the different sections it took some difficulties to unify criteria, a dramatic change was needed in the organization.</p>	
<p>Targets: Showing the initial situation and the process of improvement during the first</p>	

year since the unification.

Knowing the cause-effect diagram as a management tool for identifying X critics and making intervention proposals for each other.

Methodology: There will be shown the making of the process, the cause-effect diagram, the identification of the causes, the intervention proposals and the introduction plan.

Results: It has been a year since the unification was done and there has been an improvement in the efficiency and effectiveness of the system.

Conclusions: This has been possible thanks to a good coordination between sections, an in-depth study, effective management tools and an implicated team.

Key words: cause-effect diagram, propose intervention, organization by sections.

Organización por secciones de las unidades de hospitalización de Cirugía Ortopédica y Traumatología

INTRODUCCIÓN

“Las unidades de hospitalización son verdaderas unidades logísticas, que integran la actividad de multitud de profesionales con un solo objetivo, el perfecto funcionamiento de la unidad de enfermería para que el paciente reciba la prestación sanitaria de forma integral”¹

En nuestra comunidad la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología se encuentra centralizada, desde Mayo de 2013 en un hospital monográfico que forma parte de un Hospital General. En concreto la integración del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología afecta a profesionales que trabajan en tres antiguos hospitales y tres centros de consultas.

La nueva organización atiende a criterios de funcionalidad o subespecialización:

- Habrá dos unidades de atención a las urgencias: de Traumatología para Adultos y Cirugía Infantil, que se situarán en el Hospital General.
- El centro monográfico será el referente para la cirugía ortopédica.

La centralización de la especialidad lleva además implícito un aumento de la actividad quirúrgica duplicando sus intervenciones diarias, ya que se pasa de cuatro a ocho quirófanos.

Este proceso de Unificación tuvo una gran repercusión en la organización de las dos unidades de hospitalización del centro, cambios en el día a día de la práctica del equipo de enfermería, criterios no unificados, dificultades en asignación de camas etc. era necesario un cambio total en la organización de dichas unidades, ese cambio debía ser gestionado con eficiencia.

Citando a P. Cisneros: “La administración efectiva del cambio, permite la transformación de la estrategia, los procesos, la tecnología y las personas para reorientar la organización al logro de sus objetivos, maximizar su desempeño y asegurar el mejoramiento continuo en un ambiente siempre cambiante.”²

Un proceso de cambio ocurre de forma muy eficiente si todos están comprometidos con él.

La unificación de criterios en el trabajo evita confusión, reduce esfuerzo y aumenta la producción, contribuyendo así al logro de los objetivos del sistema.

OBJETIVOS

La situación de partida estaba basada en que las dos unidades de hospitalización del Centro eran receptoras de los pacientes aleatoriamente, sin ningún criterio organizativo, normalmente en función de la costumbre y del grado de ocupación.

El objetivo principal era realizar un plan de mejora, una reorganización de las unidades eficiente que contemplara todos los problemas evidenciados en el análisis de la situación.

Como objetivos específicos sería interesante conocer el diagrama de causa-efecto (diagrama de Ishikawa) como herramienta de gestión que nos ayuda a realizar un análisis de la situación mediante la identificación de X críticas.

Una vez conocido y realizado el diagrama el objetivo será identificar los problemas y plantear las soluciones

valorando en este momento el impacto de las mismas en la organización.

MATERIAL Y METODOS

Para realizar el plan de mejora lo primero que se debía hacer era analizar la situación para ver realmente cuales eran los problemas y de ahí extraer las posibles soluciones.

Un diagrama de Causa y Efecto es la representación de varios elementos (causas) de un sistema que pueden contribuir a un problema (efecto). Fue desarrollado en 1943 por el Profesor Kaoru Ishikawa en Tokio. Algunas veces es denominado Diagrama Ishikawa o, por analogía visual, Diagrama Espina de Pescado. Es una herramienta efectiva para estudiar procesos y situaciones, y para desarrollar un plan de recolección de datos.³

Está compuesto por un recuadro (cabeza), una línea principal (columna vertebral), y 4 ó más líneas que apuntan a la línea principal formando un ángulo aproximado de 70º (espinas principales). Estas últimas poseen a su vez dos o tres líneas inclinadas (espinas), y así sucesivamente (espinas menores), según sea necesario.

Los objetivos que tiene que cumplir son³:

1. Identificar el problema
2. Identificar las principales categorías dentro de las cuales pueden clasificarse las causas del problema.
3. Identificar las causas
- 4.- Analizar y discutir el diagrama.

Tras identificar las X críticas (problemas) el siguiente paso era decidir las medidas que se iban a

instaurar para solucionarlos, para esto se numeraron las causas detectadas y mediante diferentes reuniones de equipo se implantaron medidas para cada una de ellas.

Actualmente ha pasado un año desde la implantación de este plan, momento adecuado para realizar una evaluación en la que se verá si todas las medidas adoptadas han dado los resultados que a priori se esperaban y dónde hay que realizar reajustes si fueran necesarios.

DESARROLLO

Análisis de la situación

Situación de partida: En Mayo de 2013, siguiendo con el camino ya iniciado con otras especialidades se procedió a unificar la especialidad del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología; en concreto la integración del mismo afectaba a profesionales que trabajaban en tres hospitales y tres centros de consultas diferentes.

Concretamente la cirugía ortopédica de dichos centros pasaba a realizarse en un hospital monográfico que forma parte de un Hospital General.

Dicho centro contaba antiguamente con cuatro quirófanos. En el momento de la unificación se inauguró un nuevo bloque quirúrgico, que sustituía al antiguo, con ocho quirófanos, dos de ellos dedicados parcialmente a Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), por lo que también generaban ingresos.

Las unidades de hospitalización seguían siendo dos y la especialidad contaba con 42 camas en la unidad de hospitalización "B" y 52 en la unidad de

hospitalización "A", 12 de esta última de Rehabilitación Neurológica.

En hospitalización todos estos cambios y este aumento de intervenciones exigían una profunda reestructuración.

Lo primero fue realizar el diagrama de Ishikawa o diagrama de causa-efecto; Con ello se pretendía:

- Identificar las causas verdaderas, y no solamente sus síntomas, de la situación creada por la unificación.
- Resumir todas aquellas relaciones entre las causas y efectos del proceso.
- Promover la mejora de los procesos.
- Consolidar aquellas ideas de los miembros del equipo sobre determinadas actividades.
- Favorecer también el pensamiento del equipo, lo que conllevaría una mayor aportación de ideas.
- Obtener una visión más global y estructurada de la situación.

El problema que se objetivó fue la ausencia de organización en las unidades que derivaban en caos en la dinámica de la planta y malestar en los profesionales.

Las categorías que se consideraron apropiadas fueron:

1. Factores del equipo sanitario
2. Factores de formación y conocimiento
3. Factores del Paciente
4. Factores estratégicos y de organización.

Tras realizar un brainstorming de las causas a considerar se relacionó cada una de ellas con la categoría correspondiente como refleja la figura 1 (Espina de pescado).

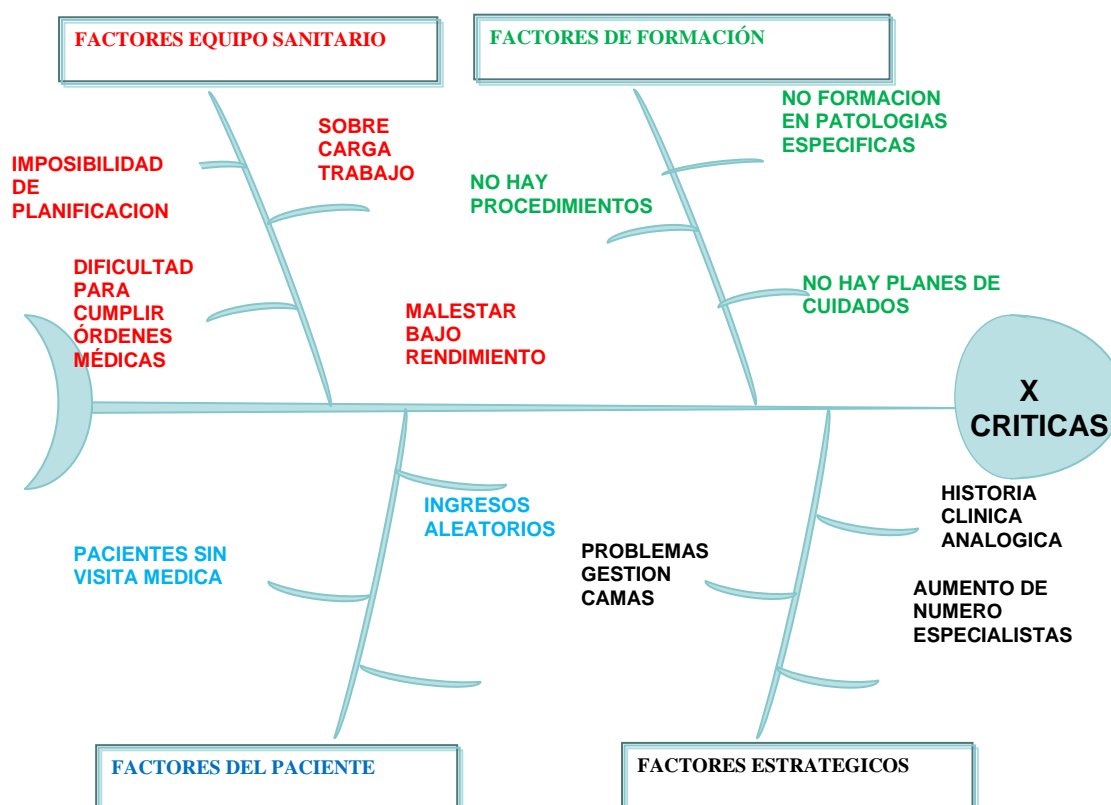


Figura 1. Identificación de problemas (X críticas). Propuestas de Intervención.

El siguiente paso fue la redacción de problemas de forma ordenada y numerando los mismos, tras la cual se redactaron las intervenciones a realizar y el plan de introducción de cada una de ellas.

Problema 1: Mezcla de unidades/ingresos aleatorios

El primer problema detectado fue la mezcla de unidades médicas en las dos unidades de Hospitalización.

Dicho problema afectaba a factores del paciente, del equipo sanitario y estratégicos o de organización.

En la organización anterior los ingresos

en la unidad de hospitalización se realizaban de modo aleatorio, principalmente basándose en la tradición (cirujanos de cada unidad, afinidad etc.), distribución de intervenciones de manera equitativa y también en el índice de ocupación de cada una de las Unidades.

En el momento del proceso unificador de toda la Cirugía Ortopédica en un mismo centro se crearon seis secciones médicas de cirugía ortopédica (Cadera y Tumores, Rodilla I y II, Raquis, Extremidad Superior y Pie).

Se produjo la asignación de facultativos a cada sección.

A la hora de ingresar el paciente era asignado a una u otra planta de manera aleatoria, dependía del número de camas, se dividían los procesos equitativamente entre las dos unidades, en las habitaciones se mezclaban las seis secciones, los facultativos tenían una dispersión total por el centro de sus pacientes y además el equipo de enfermería en un mismo turno atendía pacientes de diferentes secciones lo que suponía menor eficiencia a la hora de organizar su trabajo diario.

Intervención propuesta: Asignación de Unidades de Hospitalización a cada Sección Médica, esto se realiza en función de las necesidades de camas que producen las secciones y en función de su actividad quirúrgica.

Asignación camas/secciones:

Hospitalización "A": 52 camas

- Rodilla: 24 camas.
- EESS y pie: 8 camas.
- RHB-neurología: 12 camas.
-

Hospitalización "B": 42 camas

- Raquis: 22 camas.
- Caderas-tumores: 20 camas.
-

Problema 2: Visita médica

Uno de los problemas asociados al modelo anterior era que la visita médica se realizaba sin un criterio definido provocando una falta de control de órdenes y cuidados del paciente.

Intervención propuesta: En la nueva organización se instauraría la figura del responsable de la Unidad de

Hospitalización, y se determinaría un horario para la realización de la visita médica.

Un traumatólogo sería responsable de la unidad "A" y otro traumatólogo lo sería de la unidad "B", además pasaría visita a las nueve y en adelante estaría localizado para resolver problemas que fueran surgiendo a lo largo de la mañana.

Pase visita médica L a V

Unidad "A"

- Rodilla I: Inicio pase de visita 9:00 horas
- EESS: Inicio pase de visita 8:00 horas
- Pie: Inicio pase de visita 8:00 horas

Unidad "B"

- Raquis: Inicio pase de visita 9:00 horas
- Caderas-tumores: Inicio pase de visita 9:00 horas

Médico responsable de los pacientes si surge algún problema; el que ha pasado visita.

Problema 3: La diversidad de patología impedía dar formación específica

Formación específica

Intervención propuesta: La asignación de las Unidades a cada planta de hospitalización permitiría realizar formación específica del personal respecto a las secciones que le son asignadas.

Esta formación se referiría a los procesos con una mayor incidencia en

cada sección médica que se asignara.

En la unidad A el 70% de sus ingresos estarían relacionados con las dos unidades de rodilla y la principal cirugía sería la Prótesis Total de Rodilla (PTR).

En la unidad B las cirugías principales (70-75% de sus ingresos) iban a ser la Prótesis Total de Cadera (PTC) y la Artrodesis de columna.

Se prepararon sesiones de cuidados para dichos procesos.

Problema 4: Ausencia de Planes de Cuidados Enfermeros

Estandarización de Cuidados enfermeros.

Ligado al problema anterior, la división por secciones clínicas en cada Unidad de Hospitalización iba a permitir la realización y puesta en marcha de planes de cuidados estandarizados respecto a los procesos más frecuentes.

Asimismo permitiría la utilización de protocolos y procedimientos específicos para cada tipo de patología más frecuente.

Intervención propuesta: En 2015 se realizaría el Plan de Cuidados Estandarizado de PTR y el de PTC además de las recomendaciones al alta de enfermería.

Problema 5: Órdenes médicas e historia clínica analógicas

En el centro monográfico hasta Abril de 2014 seguía trabajándose de manera analógica, en formato de papel, las órdenes médicas, la evolución del paciente, el evolutivo de enfermería,

las hojas de tratamiento...

Intervención propuesta: Implantación del programa propio de enfermería para lo que hubo que formar a las enfermeras de las unidades y la implantación de manera general de la historia clínica, con el curso clínico cuyo manejo es responsabilidad del facultativo.

Posteriormente con la aplicación del proceso de unidades se introdujo de un programa informático asociado a la Historia Clínica Informatizada centrado en la prescripción farmacológica.

Con ello se intentaba evitar errores de prescripción que surgían en relación a las dosis, olvidos, letra ilegible etc.

Implantación de intervenciones propuestas

La implantación fue gradual, a continuación se detalla cronológicamente:

Febrero del 2014:

Se realizó la formación de las enfermeras en la aplicación de enfermería, una formación de dos días impartida por enfermeras especializadas en soporte de historia clínica que acudieron a nuestro centro.

Formación de aplicación:

Formación: Cada enfermera acudió a 5 horas de formación repartidas en dos jornadas de 2,5h cada una

Días 17, 18, 19 y 20 febrero

Contenido:

- Gestión de camas
- Gestión de dietas
- Listados

- Asignación de pacientes
- Registros de enfermería
- Agendas de trabajo
- Consulta de registros
- Consulta histórico
- Consulta Historia Clínica Informatizada (HCI)

Se realizó una hoja de ruta por parte del servicio de trauma para consensuar con enfermería las medidas a implantar.

Marzo del 2014:

Se comenzó a trabajar en aplicación enfermera y simultáneamente a registrar el curso clínico en la aplicación HCI por parte de los facultativos.

1 de Abril de 2014:

Esta es la fecha elegida para comenzar con la implantación de las medidas, resumidas aquí:

El Pase de Visita se realizaría a las 09.00 horas y quedaría recogido diariamente en el Curso Clínico de HCI.

Cada planta de hospitalización estaría dotada de un ordenador portátil para el Pase de Visita y registro del Curso Clínico.

Las Órdenes Médicas, tanto la prescripción farmacológica como las medidas generales (retirada de puntos, curas, drenajes, sondas, levantar, etc.), estarían escritas en papel en la Hoja de Tratamiento, con independencia de la información que apareciera en el curso clínico. Hasta que no se extendiera la prescripción farmacológica informatizada se mantendría esta fórmula organizativa.

Diariamente estaría designado un responsable facultativo del Servicio de Traumatología y Ortopedia por planta de hospitalización para realizar toda la tarea asistencial (pase de visita, cumplimentación del Curso Clínico en la HCI, prescripción farmacológica y de medidas generales, elaboración y firma de informes de alta y otras necesidades a requerimiento de enfermería).

Octubre de 2014:

Formación de Farmacia:

Formación: Cada enfermera acude a una sesión formativa de una hora de duración

Días 20, 23 y 29 octubre y 21 noviembre

Contenido:

- Horarios de listados y validación de farmacia
- Horarios de dispensación de farmacia
- Agenda de actividades y prescripción
- Identificación de diferentes listados de medicación
- Firma de prescripción a pie de cama
- Medidas Generales

No fue posible introducir La prescripción informatizada hasta noviembre de 2014 por causas ajenas a nuestra voluntad.

A partir de ese momento, todo lo que quedaba escrito en papel en la Hoja de Tratamiento pasa a HCI.

RESULTADOS

Tras un año del inicio del proceso de reorganización se puede apreciar un aumento en la eficacia y eficiencia del sistema.

Ha mejorado la gestión de las Unidades de Hospitalización en relación a los cinco problemas que se visualizaron.

Al desaparecer la mezcla entre unidades y definir el número y localización de las camas, se ha producido una mejora organizativa que de momento satisface al personal al generar un orden mayor, sí que es cierto que se respetan las secciones en cada unidad pero se ha visto que no es posible respetar las habitaciones de cada sección debido a la ocupación y la diferente carga de trabajo, tras tratar este tema con los diferentes equipos no hay ningún problema ya que los pacientes se mantienen en la misma planta.

Conforme pasaba el tiempo se planteaban otras cuestiones que la nueva organización provocaba, la cirugía de corta estancia (secciones de EESS y pie) suponía una carga excepcional de trabajo a primera hora de la mañana. Esto se solucionó con un refuerzo de enfermera que se encargaba de hacer los ingresos.

Los planes de formación se han adaptado a la nueva situación intentando crear un currículo formativo más acorde con la división por unidades sin olvidar la necesidad de la formación más general en los procesos.

Se han realizado planes de cuidados de enfermería centrados en los procesos más frecuentes: Prótesis total de rodilla y cadera.

La digitalización ha supuesto un mayor orden en las historias debido a que no hay extravíos, todo está en el mismo formato, desde noviembre tenemos también el tratamiento farmacológico y

las medidas generales en formato digital.

El inicio de la prescripción informatizada para el tratamiento y cuidados de los pacientes ha aumentado la calidad de atención y seguridad del paciente.

En el tiempo que se lleva el balance es positivo, sin embargo continuamos la monitorización y se van haciendo ajustes puntuales según aparecen nuevas áreas de mejora.

CONCLUSIONES

El esfuerzo realizado para la creación de Unidades Médicas específicas y su distribución por secciones en las Unidades de Hospitalización ha supuesto una acción de coordinación muy importante en relación a los estamentos implicados.

Los ingresos planificados han propiciado que optimicemos los espacios.

La visita médica ordenada ha supuesto una mejora notable en ahorro de tiempo y en eficiencia de la comunicación.

Durante este periodo podemos indicar que su implementación está siendo satisfactoria y que el personal implicado está colaborando con el plan.

Han surgido cuestiones durante la implantación que nos han dado la oportunidad de ir reajustando la organización.

Los resultados iniciales son buenos, sin embargo no olvidamos que nuestro deber como gestores es someterlo a

una continua evaluación para poder poner soluciones de una manera eficaz, inmediata y sin pérdida de confianza en el mismo.

BIBLIOGRAFIA

1. - Ayuso D.; Grande F. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias; Díaz de Santos. Madrid; 2006
- 2.- P. Cisneros; El proceso del cambio organizacional, como gestionarlo; Abril 2014 Disponible en: www.gestiopolis.com.
3. Disponible en: <http://www.quees.info/diagrama-de-ishikawa.html>
4. - Horine GM. Manual imprescindible de Gestión de Proyectos. Anaya multimedia; Madrid: 2009
- 5.- F. Delgado Velilla y J.R. Mora Martínez. Implantación de un modelo de calidad basado en la gestión clínica por procesos en un Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología; Rev esp cir ortop traumatol. 2012;56(1):80---93
- 6.- Soria Aledo, V et all; Causas y costes asociados a la inadecuación de ingresos y estancias hospitalarias Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Vol. 10 - Número 2 - Abril-junio 2009
- 7.-Gaspar Carreño, M. et all; Optimización de la farmacoterapia en un hospital de Traumatología Farmacia Hospitalaria; Volume 36, Issue 1, January–February 2012, Pages 16–23
- 8.-. Romero Bermúdez, E; Díaz Camacho, J.; El uso del diagrama causa-efecto en el análisis de casos; Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México), vol. XL, núm. 3-4, 2010, pp. 127-142.; Centro de Estudios Educativos, A.C. Distrito Federal,

México; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27018888005>

9.-Pulido Capurro V.; Katayama Omura R.J.; Metodología del Trabajo Universitario; Fondo Editorial de la UIGV; Lima, Perú. Setiembre de 2015

11.3.- ANEXO 3: PLANO DE LA UNIDAD

11.4.- ANEXO 4: SOLICITUD SERVICIO DE FARMACIA**REPOSICION BOTIQUIN UNIDAD HOSPITALIZACIÓN “A”**

MEDICAMENTOS	STOCK	PEDIDO
APIDRA	2	
ADIRO 100 mg comp.	5	
ADOLONTA 100 mg amp.	10	
AGUA BIDESTILADA 10 ml miniplasco	10	
ALMAX FORTE 1,5 g sobre	6	
BROMAZEPAM 1.5 mg cap	6	
CEFAZOLINA 1 g vial E/V	15	
CELEBREX 200 mg cap	5	
CLEXANE 20 mg jeringa	5	
CLEXANE 40 mg jeringa	20	
CLINDAMICINA 600 mg amp.	10	
CLORAZEPATO 5 mg cáps.	10	
COD-EFFERALGAN comp. efervesc.	10	
DEPRAX 100 mg comp.	5	
DIAZEPAM 5 mg comp	10	
DICLOFENACO 50 mg comp.	10	
DIGOXINA 0,25 mg comp.	2	
DORMICUM 7.5 mg comp	5	
DUPHALAC 10 g sobre	20	
EFFERALGAN 1 g comp. eferves.	20	
ENANTYUM 50 mg amp	10	
FERIV 100 mg amp	10	
FISIOLOGICO miniplasco 10 ml	30	
FORTECORTIN 4 mg amp.	10	
FUROSEMIDA 20 mg amp	10	
HALOPERIDOL 5 mg amp.	5	
HALOPERIDOL 2 mg/ml gotas	2	
HIBOR 3500 U.I. jeringa	10	
IBUPROFENO 600 mg comp..	20	
KETOROLACO 10 mg comp	10	
KETOROLACO 30 mg amp.	10	
KONAKION 10 mg amp.	2	
LIORESAL 10 mg comp.	10	
LORAZEPAM 1 mg comp.	15	
LORMETAZEPAM 1 mg comp.	15	
SULKY lubricante 10 g	5	
MICRALAX 5 ml canuleta	6	
NATUSAN pomada	1	
NEURONTIN 300 mg cáps.	5	
NOLOTIL 2 g amp.	50	
NOLOTIL 575 mg cáps.	50	
NOVORAPID vial	2	
OMEPRAZOL 20 mg cáps.	20	
OMEPRAZOL 40 mg vial	20	
ONDANSETRON 4 mg amp	5	
PARACETAMOL 500 mg comp.	50	
PARACETAMOL 1 g vial E/V	20	
PRIMPERAN 10 mg amp.	5	
RANITIDINA 150 mg comp.	10	
RANITIDINA 50 mg amp.	5	
SINTROM 4 mg comp.	5	
TARDYFERON gragea	10	

MEDICAMENTOS	STOCK	PEDIDO
THROMBOCID FORTE 0,5% pomada	2	
TORASEMIDA 5 mg comp.	5	
TRAMADOL 50 mg cap	10	
TRANKIMAZIN 0.5 mg cap	10	
URBASON 250 mg vial	2	
URBASON 20 mg amp	2	
URBASON 40 mg amp.	2	
VALIUM 10 mg amp.	5	
VASELINA esterilizada pomada	2	
VENTOLIN aerosol 100 mcg	2	
VOLTAREN 75 mg amp.	10	
VOLTAREN RETARD 75 mg comp.	10	
VOLTAREN RETARD 100 mg comp.	10	
VOLTAREN EMULGEL 1% gel 60 g	3	
ZOLPIDEM 10 mg comp.	10	
SUEROS	STOCK	PEDIDO
BICARBONATO SÓDICO 1/6 M 500 ml	2	
CLORURADO HIPERTONICO 2% 500 ml	2	
GLUCOSADA 5 % 500 ml	10	
GLUCOSALINO 1/3 500 ml	20	
GLUCOSALINO + CLK 10 meq 500 ml	20	
RINGER LACTATO 500 ml	20	
PLASMALYTE 500 ml	40	
SUERO FISIOLÓGICO 500 ml	20	
SUERO FISIOLÓGICO 100 ml	50	
SUERO FISIOLÓGICO 50 ml	10	
SUERO FISIOLÓGICO lavados 100 ml	20	
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES	STOCK	PEDIDO
AGUA OXIGENADA 10 Vol. 250 ml	1	
ALCOHOL 70 ° 250 ml	4	
BACTISEPTIC INCOLORO 250 ml	4	
POVIDONA IODADA 10 % sol. 125 ml	10	
OTROS	STOCK	PEDIDO
ENEMA CASEN 250 ml	6	
CARIAX colutorio sobre	15	
FÓRMULAS NORMALIZADAS	STOCK	PEDIDO
ACEITE DE ALMENDRAS 250 ml	6	
ACETONA 100 ml	1	
CREMA HIDRATANTE de manos	4	
VASELINA LÍQUIDA 100 ml	1	

FECHA Y FIRMA:
LAURA GUALLART

11.5.- ANEXO 5: CHECK-LIST DE VERIFICACION SEGURIDAD QUIRÚRGICA

PEGATINA DE DATOS DEL PACIENTE	
LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA	
Fecha de intervención ____ / ____ / 201__ Servicio: _____	
1.- Enfermera comprueba (en la planta de hospitalización antes de bajar a quirófano en UCASI/UCI/Urgencias antes de entrar a quirófano)	
<ul style="list-style-type: none"> Se ha informado al paciente de la reiteración de las preguntas para su seguridad Comprobación de identidad con la pulsera contrastándola con el paciente El paciente está en ayunas Administración de profilaxis antibiótica en el momento de bajar al quirófano (se puede marcar más de una opción): No procede administración por ser cefalosporina, que se pone en quirófano Se administra en planta por ser distinta a cefalosporina (gentamicina, clindamicina, vancomicina...)- No procede administración por no estar pautada Se han adjuntado: Historia Clínica (con placas y pegatinas) Hoja de administración de medicación Pruebas cruzadas válidas La enfermera ha verificado con el celador la identidad del paciente 	Sí <input type="checkbox"/> No Procede <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Procede <input type="checkbox"/> No y aviso <input type="checkbox"/> No Procede <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Firma/s	
2.- En quirófano antes de iniciar la inducción anestésica y con el paciente consciente	
Antes de la inducción anestésica (Anestesiólogo) <ul style="list-style-type: none"> Identidad del paciente Procedimiento quirúrgico Comprobación zona quirúrgica Preoperatorio y consentimiento firmado Está en ayunas Tiene alergias Premedicación Anestésica Admon. de beta-bloqueantes Tiempo de seguridad anticoag/antiagreg. Riesgo de dificultad de vía aérea Riesgo de aspiración Riesgo de sangrado > 500cc Pruebas cruzadas Se ha comunicado a enfermería tipo de anestesia para preparar el material Equipo de anestesia revisado ECG, PANI, pulsioxímetro colocado Precisa calentamiento Revisión de posibles eventos críticos 	Antes de la incisión cutánea (Cirujano) <ul style="list-style-type: none"> Identidad del paciente Procedimiento quirúrgico Consentimiento de cirugía firmado Tiene alergias Marcado zona quirúrgica Comprobación de la lateralización Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/> Profilaxis antibiótica administrada en tiempo correcto (si cefalosporina, ≤ 60 min) <input type="checkbox"/> Presencia de anestesiólogo Riesgo de sangrado > 500cc C. Inform. de transfusión firmado Pruebas cruzadas Se ha comunicado a enfermería la intervención a realizar y está el material preparado Disponibilidad de la imagen Revisión de posibles eventos críticos
con el cirujano <input type="checkbox"/> con enfermería <input type="checkbox"/>	con anestesia <input type="checkbox"/> con enfermería <input type="checkbox"/>
Firma	
3.- SALIDA: El anestesiólogo comprueba con el cirujano	
Tratamiento dolor postoperatorio Cuidados postoperatorios especiales	Sí <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
Firma	
4.- Antes de la salida del quirófano, la enfermera de campo comprueba:	
Contaje de gases realizado y correcto Contaje de agujas e instrumental realizado y correcto Muestras biológicas identificadas y enviadas Libro de quirófano cumplimentado Pulsera de identificación colocada Pulsera pruebas cruzadas colocada	Sí <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
Firma	

11.6.- ANEXO 6: OBJETIVOS DE LA UNIDAD 2014 Y 2015

Objetivos 2014 Dirección Enfermería Unidad de Hospitalización "A"						
	Valor objetivo	Indicador a evaluar	estándar 2014	Fuente	indicador alcanzado	Valor Final
TRANSVERSALES	80					80
1- EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN SANITARIA	45					45
1.1- Mejorar la eficiencia de la atención, cuidados y autocuidados	25					25
Plan de Cuidados Estandarizado Prótesis total de rodilla	15	Documento escrito de PC estandarizado	1	Documento público	Sí	15
Información a la familia o cuidador principal previa al alta	10	Muestreo durante 1 semana	60%	Comprobación in situ	Sí	10
1.2- Mejorar los resultados en seguridad de pacientes	20					20
Guía de acogida al personal de nueva incorporación a Unidad	20	Existencia de la guía actualizada	sí/no	Documento	Sí	20
2- FORMACIÓN, DOCENCIA y desarrollo	35					35
2.1- Colaboración en las actividades docentes	15					15
Colaborar en la máxima capacidad docente de alumnos	15	Respuesta adaptada al mapa docente Dpto	85%	Mapa y programación	Sí	15
2.2- Desarrollo de la Formación Continuada	20					20
Potenciar la actividad programada de Formación en Servicio	10	Número de actividades de F. en Servicio	>2	Informe actividad realizada	Sí	10
Registro centralizado de actividades de profesionales en Intranet	10	Utilización de los registros de la Intranet	50%	Explotación Intranet	Sí	10
ÁREAS DE CUIDADOS	20					20
3- COORDINACIÓN	5					5
3.1- Mejora de la coordinación interunidades e interniveles	5					5
Participación en Comisiones y/o Grupos de Mejora para coordinación	5	Participantes por Áreas	>2	Actas reuniones	Sí	5
4- SOSTENIBILIDAD	15					15
4.1- Mejorar la información para gestión	15					15
Informar sobre actividad a los profesionales en reuniones de equipo	5	Reuniones periódicas	sí/no	Actas	Sí	5
Informar sobre gestión de RRHH a los profesionales en reuniones de equipo	5	Reuniones periódicas	sí/no	Actas	Sí	5
Rotular los materiales de uso más habitual con su precio	5	Información escrita al respecto	>1	Informe	Sí	5

PROPUESTA Objetivos 2015 Dirección Enfermería Unidad de Hospitalización "A"						
	Valor objetivo	Indicador a evaluar	estándar 2014	Fuente	Indicador alcanzado	Valor Final
TRANSVERSALES						
	80					
1- EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN SANITARIA	45					
1.1- Mejorar la eficiencia de la atención, cuidados y autocuidados	25					
<i>Plan de Cuidados Estandarizado HTH</i>	15	Documento escrito de PC estandarizado	1	Documento público		
<i>Información a la familia o cuidador principal previa al alta</i>	10	Muestreo durante 1 semana	80%	Comprobación in situ		
1.2- Mejorar los resultados en seguridad de pacientes	20					
<i>Cronograma de funciones y tareas del personal en cada turno</i>	20	Existencia del cronograma	si/no	Documento		
2- FORMACIÓN, DOGENCIA y desarrollo	35					
2.1- Colaboración en las actividades docentes	15					
<i>Colaborar en la máxima capacidad docente de alumnos</i>	15	Respuesta adaptada al mapa docente Dpto	85%	Mapa y programación		
2.2- Desarrollo de la Formación Continuada	20					
<i>Potenciar la actividad programada de Formación en Servicio</i>	10	Número de actividades de F. en Servicio	>2	Informe actividad realizada		
<i>Registro centralizado de actividades de profesionales en Intranet</i>	10	Utilización de los registros de la Intranet	50%	Explotación Intranet		
ÁREAS DE CUIDADOS						
	20					
3- COORDINACIÓN	5					
3.1- Mejora de la coordinación interunidades e interniveles	5					
<i>Participación en Comisiones y/o Grupos de Mejora para coordinación</i>	5	Participantes por Áreas	>2	Actas reuniones		
4- SOSTENIBILIDAD	15					
4.1- Mejorar la información para gestión	15					
<i>Publicar gráfica de evolución trimestral del gasto por familias de material</i>	10	Tablón de anuncios de la unidad / email	si/no	Informe		
<i>Publicar hitos relevantes sobre el gasto en la unidad</i>	5	Tablón de anuncios de la unidad / email	si/no	Informe		

11.7.- ANEXO 7: PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA (PTR)

PCE: CIRUGÍA PROTÉSICA DE RODILLA

Revisado a 20 de octubre de 2014

NECESIDAD	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C	
Seguridad <ul style="list-style-type: none"> F. de riesgo de complicación o lesión Procedimiento quirúrgico Efectos postanestesia 	Riesgo de protección ineficaz	Efectos postanestesia	
NOC: Indicadores	NIC: Actividades	PAUTA	PROF.
Recuperación posterior al procedimiento <ul style="list-style-type: none"> Facilidad respiratoria Presión arterial sistólica Responde a preguntas Totalmente despierto Mueve las extremidades según se le ordene Naúseas Vómitos 	Cuidados postanestesia <ul style="list-style-type: none"> Revisar el protocolo quirúrgico y documentación de la URPA. Valorar el nivel de consciencia y orientación. Control de TA y frecuencia cardiaca. E. Constantes Control de saturación de O₂, si procede. E. Constantes Valorar recuperación sensitivo-motriz de EELL. Vigilar nauseas y vómitos. Reposo absoluto 	I/ U I/FF: 3 horas I/FF: 24 horas/Cp I/FF: 3 horas I/FF: 3 horas I/FF: 24 h/MTN SIN PERIODICI	Enfermera Enfermera Enfermera Enfermera Enfermera Indistinta
	Etapas en la dieta <ul style="list-style-type: none"> Dieta absoluta E. Opcional Dietas Dieta progresiva según tolerancia. E. Opcional Dietas Vigilar tolerancia a la dieta. 	SIN PERIO SIN PERIO. SIN PERIOC.	Enfermera Enfermera Enfermera

NECESIDAD		ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C	
Higiene/Piel y mucosas <ul style="list-style-type: none"> Higiene Nivel de autonomía Dependencia total 		Déficit de autocuidado: baño	Deterioro músculo-esquelético	
NOC: Indicadores		NIC: Actividades		PAUTA
Autocuidados: higiene <ul style="list-style-type: none"> Mantiene una apariencia pulcra 		Baño <ul style="list-style-type: none"> Higiene en cama. Ayuda total Implicar al cuidador principal en el autocuidado, si procede. 		I/Indef/M y Cp I/Indef/ Cp
				PROF. Indistinta Indistinta

NECESIDAD		ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C	
Higiene/Piel y mucosas <ul style="list-style-type: none"> Higiene Nivel de autonomía Dependencia parcial 		Déficit de autocuidado: baño	Deterioro músculo-esquelético	
NOC: Indicadores		NIC: Actividades		PAUTA
Autocuidados: higiene <ul style="list-style-type: none"> Mantiene una apariencia pulcra 		Ayuda con los autocuidados: baño/higiene <ul style="list-style-type: none"> Higiene general. Ayuda parcial Implicar al cuidador principal en el autocuidado, si procede 		I/Indef/M y Cp I/Indef/Cp
				PROF. Indistinta Indistinta

NECESIDAD		ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C
Seguridad <ul style="list-style-type: none"> Susceptibilidad aumentada a la infección Portador de dispositivo Catéter venoso periférico 		Riesgo de infección	Catéter venoso periférico

NOC: Indicadores	NIC: Actividades	PAUTA	PROF.
Severidad de la infección	Control de infecciones		
<ul style="list-style-type: none"> Fiebre Dolor/Hipersensibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar Proc. "Cuidado y mto de CV Periférico" E.P 9.2. E. Dispositivos del paciente Control de T^a. E. Constantes 	I/Indef/MTN	Enfermera
		I/Indef/TN	Enfermera

NECESIDAD	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C	
Seguridad	Riesgo de infección	Herida quirúrgica	
NOC: Indicadores	NIC: Actividades	PAUTA	PROF.
Severidad de la infección	Cuidados del sitio de incisión		
<ul style="list-style-type: none"> Drenaje purulento Fiebre Dolor Hipersensibilidad Colonización del cultivo de la herida 	<ul style="list-style-type: none"> Cura de herida E. Registro heridas Vigilar signos y síntomas de infección. Control de T^a E. Constantes 	I/ Indef/M I/Indef/MTN I/Indef/TN	Enfermera Enfermera Enfermera
NECESIDAD	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C	
Seguridad	Riesgo de infección	Drenaje de herida	
NOC: Indicadores	NIC: Actividades	PAUTA	PROF.
Severidad de la infección	Cuidado del drenaje		
<ul style="list-style-type: none"> Drenaje purulento Fiebre Dolor Hipersensibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> Control de drenaje. 13.9 E. Opcional Balance Cura de drenaje. E. Dispositivos del paciente Vigilar signos y síntomas de infección. Control de T^a E. Constantes 	I/Indef/MTN I/Indef/M I/Indef/MTN I/Indef/TN	Enfermera Enfermera Enfermera Enfermera

<ul style="list-style-type: none"> Colonización en el cultivo del drenado 			
--	--	--	--

NECESIDAD		ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C	
Seguridad <ul style="list-style-type: none"> Susceptibilidad aumentada a la infección Portador de dispositivo Sonda vesical 		Riesgo de infección	Sonda vesical	
NOC: Indicadores	NIC: Actividades		PAUTA	PROF.
Severidad de la infección <ul style="list-style-type: none"> Piuria Fiebre Dolor Hipersensibilidad Colonización del urocultivo 	Cuidados del catéter urinario <ul style="list-style-type: none"> Aplicar Proc. "Cuidado y mto de la sonda vesical". E.P. 10.2 E. Dispositivos del paciente Vigilar signos y síntomas de infección. Control de T^a E. Constantes 		I/Indef/MTN I/Indef/MTN I/Indef/TN	Enfermera Enfermera Enfermera

NECESIDAD		ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C		
Movimiento/Postura <ul style="list-style-type: none">• Capacidad general: movilidad/actividad• Limitación de la movilidad autónoma		Deterioro de la movilidad física	Deterioro músculo-esquelético		
NOC: Indicadores		NIC: Actividades		PAUTA	PROF.
Nivel de comodidad <ul style="list-style-type: none">• Bienestar físico	Manejo ambiental: confort <ul style="list-style-type: none">• Proporcionar medidas de comodidad-confort en cama. DL: Colocar al paciente de forma que se facilite su comodidad manteniendo las restricciones prescritas, realizar higiene, arreglar la cama, cambiar ropa personal y de cama si precisa.• Reposo absoluto			I/Indef/MTN	Indistinta
				SIN PERIORIC	Indistinta
Movilidad <ul style="list-style-type: none">• Movimiento muscular• Mantenimiento de la posición corporal• Ambulación	Terapia de ejercicios: ambulación <ul style="list-style-type: none">• Levantar al sillón• Deambulación progresiva• Proporcionar dispositivo de ayuda para deambular.• Preparar al paciente para la rehabilitación.			SIN PERIODICID	Indistinta
				SIN PERIODICID	Indistinta
				SIN PERIODICID	Indistinta
				I/Indef/M	Indistinta
Movimiento articular: rodilla <ul style="list-style-type: none">• Extensión de 0º• Flexión de 130º• Hiperextensión de 15º• Extensión de 0º• Flexión de 130º• Hiperextensión de 15º	Terapia de ejercicios: movilidad articular <ul style="list-style-type: none">• Aplicar Proc. “Movilización pasiva continua de la rodilla” EP. 5.4• Vigilar movilidad articular: rodilla. DL: controlar la movilidad articular y el rango de movilidad activa de la rodilla, mediante la realización de los ejercicios de flexión y extensión de la rodilla indicados por Rehabilitación. Insistir en la realización de los mismos y valorar la progresión.			SIN PERIODICID	Indistinta
				I/Indef/MT	Enfermera

NECESIDAD		ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C
Eliminación <ul style="list-style-type: none"> Intestinal F. de riesgo de estreñimiento 		Riesgo de estreñimiento	Reposo prolongado

• Reposo prolongado			
NOC: Indicadores	NIC: Actividades	PAUTA	PROF.
Eliminación intestinal <ul style="list-style-type: none"> • Patrón de eliminación 	Manejo del estreñimiento/impactación fecal <ul style="list-style-type: none"> • Control de deposiciones. E. Balance • Adaptar la dieta al ritmo intestinal. E. Opcional Dietas • Valorar necesidad/eficacia de tto laxante 	I/Indef/M I/Indef/CP I/Indef/M	Enfermera Enfermera Enfermera

NECESIDAD	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C	
Aprendizaje <ul style="list-style-type: none"> • Requiere información/educación sanitaria • Proceso quirúrgico • Proceso postoperatorio 	Conocimientos deficientes: Postoperatorio	Falta de exposición	
NOC: Indicadores	NIC: Actividades	PAUTA	PROF.
Conocimiento: régimen terapéutico <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de los efectos esperados del tratamiento • Descripción/realización de las actividades para evitar complicaciones postquirúrgicas 	Enseñanza: proceso de enfermedad <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información. Postoperatorio. DL: Informar al paciente y cuidador principal sobre el procedimiento quirúrgico, signos y síntomas que debe comunicar, dispositivos, medicación, dieta, ejercicio prescrito, nivel apropiado de actividad y tratamiento. 	I/Indef/MTN	Enfermera

Satisfacción del paciente/usuario: continuidad de los cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Información proporcionada para controlar autocuidados • Oportunidad para demostrar actividades de cuidados • Preparación personal para enfrentarse a problemas potenciales de salud 	Planificación del alta <ul style="list-style-type: none"> • Instruir proceso de enfermedad y continuidad de cuidados. DL: Educación sanitaria al paciente y cuidador principal sobre el proceso de enfermedad/procedimiento, régimen terapéutico (medicación, dieta, ejercicio prescrito, nivel apropiado de actividad y tratamientos adyuvantes), cuidados de la herida o úlcera si procede. 	I/Indef/MT	Enfermera
	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar Informe de Continuidad de Cuidados. E. Registro ICC. 	I/Unica/M	Enfermera
	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar Doc. "Recomendación al alta". 	I/Unica/M	Enfermera

SISTEMA		Problema Interdependiente		
Nervioso		Dolor		
NOC: Indicadores		NIC: Actividades		PAUTA
NOC: Indicadores		NIC: Actividades		PROF.
Nivel del dolor <ul style="list-style-type: none"> • Dolor referido • Expresiones faciales de dolor 		Manejo del dolor <ul style="list-style-type: none"> • Valorar características del dolor. E. Opcional Registro del dolor. • Valorar la eficacia de la analgesia. 		I/Indef/Cp I/Indef/Cp
				Enfermera Enfermera

SISTEMA		Problema Interdependiente		
05. Musculoesquelético		Hemorragia post-cirugía protésica		
NOC: Indicadores		NIC: Actividades		PAUTA
				PROF.

Severidad de la pérdida de sangre <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida sanguínea visible • Hemorragia postoperatoria • Disminución de la presión arterial sistólica • Disminución de la presión arterial diastólica • Aumento de la frecuencia cardiaca apical 	Disminución de la hemorragia <ul style="list-style-type: none"> • Control de TA y frecuencia cardiaca. E. Constantes • Control de drenaje. EP. 13.9. E. Opcional Balance • Medir drenaje. E. Balance • Aplicar Proc. "Recuperador de sangre". E.P. 12.5. E. Disp. del pte • Vigilar sangrado: apósito/vendaje • Control de diuresis. E. Opcional Balance • Medir diuresis. E. Opcional Balance 	I/Indef/Cp I/Indef/MTN I/Indef/N I/FF:00 h día Q +1 I/Indef/MTN I/Indef/MTN I/Indef/MTN	Enfermera Enfermera Indistinta Enfermera Enfermera Enfermera Indistinta
--	--	---	---

SISTEMA	Problema Interdependiente		
Musculoesquelético	Limitación articular		
NOC: Indicadores	NIC: Actividades	PAUTA	PROF.
Movimiento articular: rodilla <ul style="list-style-type: none"> • Extensión de 0º (d) • Flexión de 130º (d) • Hiperextensión de 15º (d) • Extensión de 0º (i) • Flexión de 130º (i) • Hiperextensión de 15º (i) 	Terapia de ejercicios: movilidad articular <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar Proc. "Movilización pasiva continua de la rodilla" EP. 5.4 • Vigilar la movilidad articular: rodilla. DL: controlar la movilidad articular y el rango de movilidad activa de la rodilla, mediante la realización de los ejercicios de flexión y extensión de la rodilla indicados por Rehabilitación. Insistir en la realización de los mismos y valorar la progresión. 	SIN PERIODICID I/Indef/MT	Enfermera Enfermera

SISTEMA	Complicación Potencial	
Musculoesquelético	Lesión del nervio poplíteo	

NOC: Indicadores	NIC: Actividades	PAUTA	PROF.
Estado neurológico: función sensitiva/motor medular <ul style="list-style-type: none"> Sensibilidad cutánea corporal Fuerza del movimiento de la extremidad 	Monitorización neurológica <ul style="list-style-type: none"> Vigilar signos y síntomas de lesión del poplíteo. DL: Pérdida de la sensibilidad en la región dorsal del pie e incapacidad para la dorsiflexión de los dedos y del pie, hormigueo y dolor. 	I/Indef/MTN	Enfermera

SISTEMA	Complicación Potencial		
Musculoesquelético	Lesión vascular arterial distal		
NOC: Indicadores	NIC: Actividades	PAUTA	PROF.
Perfusión tisular: periférica <ul style="list-style-type: none"> Coloración de piel Temperatura de extremidades caliente <i>Pulso pedio</i> Dolor localizado en extremidades 	Precauciones circulatorias <ul style="list-style-type: none"> Valorar la perfusión distal de la extremidad. DL: La falta de perfusión distal de un miembro se manifiesta con pérdida del pulso distal, coloración pálida, enfriamiento del miembro y dolor 	I/Indef/MTN	Enfermera

SISTEMA	Complicación Potencial		
Circulatorio	TVP		
NOC: Indicadores	NIC: Actividades	PAUTA	PROF.
Perfusión tisular: periférica <ul style="list-style-type: none"> Temperatura de extremidades calientes Edema periférico Dolor localizado en extremidades 	Precauciones en el embolismo <ul style="list-style-type: none"> Vigilar /prevenir TVP. DL: 1- Vigilar signos y síntomas de TVP: Dolor, edema, aumento de la circunferencia y temperatura de las extremidades inferiores. 2- Medidas de prevención: Administrar HBPM, enseñar/ estimular ejercicios de EEII, fomentar la deambulaci3n, utilizar métodos físicos (medias de compresi3n, bomba de impulso artero-venoso del plexo plantar) Colocar bomba de impulso A-V plexo plantar 20'. E. Disp. del paciente 	I/Indef/MTN	Enfermera
		I/Indef/M/T	Enfermera

SISTEMA		Complicación Potencial		
Respiratorio		TEP		
NOC: Indicadores	NIC: Actividades		PAUTA	PROF.
Perfusión tisular: pulmonar <ul style="list-style-type: none"> Frecuencia respiratoria Saturación de oxígeno Dolor torácico 	Cuidados del embolismo: pulmonar <ul style="list-style-type: none"> Detección precoz de signos y síntomas de TEP. DL: Disnea brusca, dolor torácico súbito referido en punta de dedo, tos, taquipnea, disminución de la saturación de oxígeno, estertores a la auscultación 		I/Indef/MTN	Enfermera

SISTEMA		Complicación Potencial		
Excretor		Retención urinaria tras retirada de s.v.		
NOC: Indicadores	NIC: Actividades		PAUTA	PROF.
Eliminación urinaria <ul style="list-style-type: none"> Cantidad de orina Micción frecuente 	Manejo de la eliminación urinaria <ul style="list-style-type: none"> Controlar 1ª micción espontánea tras retirada de s. vesical Vigilar signos y síntomas de retención urinaria. DL. Ausencia miccional, presencia de globo vesical, sensación de plenitud vesical, dificultad para orinar, goteo de orina, agitación e inquietud 		I/FF:8 h/MTN I/FF: 8 h/MTN	Enfermera Enfermera

